Rok XLVIII. Kraków, dnia 18. grudnia 1909. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

Przyczynki do techniki i teoryi odczynu Wassermanna.[1])

Podali

Dr Filip Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch,

asystenci Zakładu.

W badaniach, które stanowią treść niniejszej pracy, staraliśmy się przez doświadczalną analizę niektórych czynników, biorących udział w odczynie Wassermanna, próbę tę w miarę możności uczynić czulszą, a nadto wniknąć głębiej w jej istotę. Oczywiście zdajemy sobie sprawę zgodnie ze Sachsem i Altmannem, Meirowskym i R. Müllerem, że każda próba takiego uczulenia odczynu kryje w sobie niebezpieczeństwo przekroczenia granicy swoistości, t. zn., że wprawdzie większy odsetek surowic kiłowych będzie oddziaływał dodatnio, że jednak równocześnie zjawią się i zahamowania ze strony surowic niekiłowych. Wobec uznanej powszechnie znacznej sprawności metody klasycznej wynika stąd dla każdego, kto ją choćby w drobnych szczegółach zechce zmienić, obowiązek udowodnienia, że zmiana ta nie narazi nas na wspomnianą co dopiero możliwość.

Nie wdając się na razie w sprzeczności poglądów — dotąd hipotetycznych — na istotę odczynu (czy chodzi mianowicie o związanie, czy o zniszczenie dopełniacza) musimy jednak przyjąć za pewne, że zarówno ilość użytego do próby dopełniacza jak i dwuchwytnika, może wybitnie wpływać na wynik odczynu. Przedewszystkiem musi nas zastanowić fakt, że prawie wszyscy badacze, o ile chodzi o dopełniacza, zatem najważniejszy składnik odczynu, używają go w stałej ilości 1 centymetra sześc. surowicy 10-krotnie rozcieńczonej (przy ogólnej objętości prób = 5 cm^3). Otóż ponieważ ta ilość stanowi przeważnie 3—4-krotną najmniejszą dawkę rozpuszczającą, można sobie wyobrazić, że niektóre słabo hamujące surowice nie dadzą odczynu wobec tego nadmiaru dopełniacza, ponieważ nie potrafią go tyle związać. Mogłoby się więc zdarzyć, że tasama surowica, badana tego samego dnia zapomocą tychsamych odczynników, dałaby wynik dodatni wobec małej ilości dopełniacza, zaś ujemny wobec większej. Nadto należy mieć na względzie, że zawierające dopełniacz surowice świnek morskich zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, nie mogą być uważane za równowartościowe, jak tego dowodzą badania Sternówny, M'kenziego, Browninga i M'kenziego, Sachsa i Altmanna jakoteż Maslakowetza i Liebermanna.

Znaczenie ilości dwuchwytnika.

Co się tyczy znaczenia ilości dwuchwytnika, używanego do prób, znajdujemy wprawdzie u przeważnej części autorów wzmiankę, że używają 2—4 jednostek dwuchwytnikowych, rzadko jednak spotkamy się ze wskazówkami, w jaki sposób należy oznaczać tę jednostkę. Rozpuszczanie swoiste krwi jest sprawą czasowo postępującą, to też jednostka dwuchwytnikowa, określona po 15 minutach, będzie inna, i to większa, aniżeli określona po 45 minutach, lub 2 godzinach. L. Meyer określa ją po 20 minutach (przy 37^0 C.), Jaworski i Łapiński po 15 minutach, Noguchi jakoteż Detre i Brezovsky (dla krwi ludzkiej wzgl. końskiej) po godzinie, G. Meier po 2 godzinach. Co do sposobu miareczkowania dwuchwytnika w klinice wrocławskiej Neissera odsyłamy do pracy Taegego.

Co prawda, już w badanej surowicy ludzkiej z powodu jej zmiennej zawartości dwuchwytników dla krwinek baranich wprowadzamy zmienny czynnik do próby, ale tembardziej zdawało się nam pożądanem możliwe ustalenie ilości dwuchwytnika swoistego. Szereg badań porównawczych, podjętych w tym kierunku, pouczył nas, że jednostka dwuchwytnikowa, określona po kwadransie jest 2—7 razy większa, niż określona trzech po kwadransach, a jeśli się przedłuży czas obserwacyi do dwóch godzin, różnice są jeszcze znaczniejsze. Wobec tego należało sprawdzić na większej ilości surowic, jaki wpływ wywierają te różne ilości dwuchwytnika na wyniki odczynu. W doświadczeniach tych ustaliliśmy przedewszystkiem miano dwuchwytnikowe po 45 minutach przy 37^0 C. Pierwotnie, jak się to jeszcze dzieje we wielu pracowniach, określaliśmy to miano po kwandransie. Ponieważ jednak zasadnicze odczytanie wyników prób właściwych odbywa się po $^3/_4$—2 godz., musieliśmy sobie powiedzieć, że w ten sposób używamy dość znacznego nadmiaru dwuchwytnika, a mianowicie 6—20 jednostek. Zupełnie konsekwentnie należałoby właściwie określenie miana przeprowadzać po 2 godzinach, ze

[1]) Częściowo przedstawiona na I. Zjeździe polskich Internistów w Krakowie dnia 21. lipca 1900.

względu jednak na połączone z tem przedłużenie pracy ograniczyliśmy się do $^3/_4$ godz. We właściwem doświadczeniu następnie dodawaliśmy do identycznego wszędzie układu hamującego (surowica + wywoływacz + dopełniacz) krwinki baranie, uczulone różnemi ilościami dwuchwytnika. Użyte przytem ilości wahały się od 1—100 jednostek. Wspomnieć też należy, że według ogólnie przyjętych norm używaliśmy wyskokowego wyciągu z wątroby kiłowej, przemytych krwinek baranich, surowicy króliczej, jako dwuchwytnikowej, i świeżej surowicy świnki morskiej, jako dopełniaczowej. Objętość prób wynosiła 1 cm^3, względne stosunki ilościowe składników stosowały się ściśle do przepisów Wassermanna. Ogólny wynik 119 doświadczeń porównawczych, w ten sposób wykonanych, da się mniej więcej w następujący sposób ująć: u przeważającej większości surowic, oddziaływających dodatnio, można przez większy lub mniejszy nadmiar dwuchwytnika sprawić, że odczyn dodatni ustępuje miejsce ujemnemu. Można przytem uzyskać zupełnie regularne stopniowanie wyników, tak że np. surowica mocno dodatnia, przy miernej ilości dwuchwytnika dająca zahamowanie w obu rurkach, wobec nadmiaru dwuchwytnika hamuje już tylko w pierwszej rurce, wobec jeszcze większego daje już w niej tylko zahamowanie częściowe, a wreszcie wobec bardzo wielkiego nadmiaru oddziaływa ujemnie. Wynika stąd dla praktyki rozpoznawczej oczywista wskazówka, że należy unikać nadmiaru dwuchwytnika, bo przez to odczyny dodatnie mogą ujść naszemu badaniu i to najłatwiej słabo dodatnie odczyny przy wrzodzie pierwotnym lub w kile utajonej, na których stwierdzeniu rozpoznawczo najbardziej może zależeć. I rzeczywiście wśród 119 naszych badań spotkaliśmy 12 surowic (= 10%), które oddziaływały ujemnie wobec 3 jednostek, określonych po kwadransie, a dodatnio wobec 3 jednostek, określonych po $^3/_4$ godz. Czy można iść tą drogą jeszcze dalej, mianowicie do 1—2-krotnej dawki oznaczonej po $^3/_4$ h., bez obawy utraty swoistości odczynu — nie możemy jeszcze obecnie na pewno powiedzieć. Wśród 36 surowic, zbadanych przez nas temi ilościami dwuchwytnika, nie spotkaliśmy ani jednej zdrowej surowicy hamującej (chyba że i kontrole były zahamowane). Natomiast znaleźliśmy 3 surowice, pochodzące z przypadków kiły utajonej, które przy tych małych ilościach dwuchwytnika dały wynik dodatni; gdy natomiast już przy 3-krotnej ilości dwuchwytnika wypadły ujemnie. Ten niewielki szereg prób nie uprawnia oczywiście jeszcze do żadnych wniosków; gdyby jednak dalsze badania wykazały z jednej strony ścisłą swoistość tej modyfikacyi, a z drugiej jej większą czułość, dałoby się na tej drodze z pewnością niejedno uzyskać. Złą stroną tej modyfikacyi byłoby oczywiście to, że występowałyby częściej zahamowania w kontrolach, niż przy zwykłej metodzie. W każdym razie można z zupełną pewnością używać 3 jednostek, określonych po 45 min.; wśród surowic, które przy tej metodzie oddziaływały dodatnio, a wobec 3 jednostek, oznaczonych po 15 min. — ujemnie, nie było ani jednej, co do której klinika nie usprawiedliwiałaby rozpoznania kiły.

Polecając tedy na podstawie swoich doświadczeń używanie możliwie małych ilości dwuchwytnika, dochodzimy do wyników podobnych jak G. Meier, który radzi używać 3 jednostek, oznaczonych po 2 godzinach. Jak już wyżej zaznaczyliśmy, zadowalniamy się miareczkowaniem po $^3/_4$ godziny, już to z powodu uproszczenia techniki (i Meier widocznie odczuwał niedogodność miareczkowania po 2 godz., jak tego dowodzi jego własna modyfikacya), już to z powodu zahamowań, które występują czasem przy użyciu tej ilości w kontrolach surowiczych. Także Bauer niedawno zwrócił uwagę na to, że nadmiar dwuchwytnika może czasem zamaskować odczyn dodatni. Na twierdzenie Sachsa i Altmanna, że »wedle licznych doświadczeń, nadmiar dwuchwytnika lub dopełniacza w dość szerokich granicach jest obojętny dla powstania odczynu Wassermanna«, możemy się tylko po części zgodzić; stwierdza się ono tylko na niektórych surowicach, inne przedstawiają przytem różnice wyżej omówione. Zasada, wyrażająca się w naszym przepisie, była zresztą świadomie czy nieświadomie podstawą licznych modyfikacyi próby Wassermanna, które wyrzekają się stosowania swoistych dwuchwytników dla krwinek baranich, a używają tylko dwuchwytników, zawartych w badanej surowicy ludzkiej. Także w metodach wiązania dopełniacza, dotyczących bakteryi, kilkakrotnie już zalecano stosowanie małych ilości dwuchwytnika. Bardzo zresztą być może, że normy podobne do naszej, znalazły już zastosowanie w różnych pracowniach, choć brak o nich wzmianki w piśmiennictwie. Tak np. R. Volk z zakładu seroterapeutycznego w Wiedniu doniósł nam, że już od dłuższego czasu w swej metodyce unika nadmiaru dwuchwytnika i dopełniacza.

Co się tyczy czasu działania dwuchwytnika na krwinki, zawdzięczamy, jak wiadomo, twórcom całej metody, Bordetowi i Gengou, przepis, żeby pozwolić jakiś czas działać dwuchwytnikowi na krwinki, zanim się ich mieszaninę doda do układu hamującego. Także G. Meier trzyma tę mieszaninę przez $^1/_4$—$^1/_2$ godz. w cieplarce, aby uzyskać wydatniejsze uczulenie krwinek, co, zdaje się, ogólnie się przyjęło. Nam natomiast zdawało się, że możeby się udało przez skrócenie lub usunięcie tego czasu zetknięcia się krwinek, z dwuchwytnikiem obniżyć stopień »uczulenia« krwinek, a zarazem powinowactwo ich do dopełniacza, przez co byłoby łatwiej uzyskiwać zahamowania. Doświadczenie, które przeprowadziliśmy w tym kierunku z 11 surowicami i 3 różnemi ilościami dwuchwytnika, nie potwierdziło tego przypuszczenia. W pierwszej seryi dwuchwytnik działał na krwinki przez 5 godzin w cieplarce, w drugiej przez $^1/_2$ g., w trzeciej zmieszano krwinki z dwuchwytnikiem bezpośrednio przed ich dodaniem do układu hamującego. Mimo to wszystkie trzy serye dały wyniki bardzo nieznacznie tylko od siebie się różniące.

Znaczenie ilości dopełniacza.

Niemniej ważną, a może jeszcze ważniejszą rolę niż ilość dwuchwytnika, odgrywa w odczynie ilość dopełniacza. Po tem, cośmy powiedzieli na wstępie, zdawałoby się najprostszem stosować możliwie małe ilości dopełniacza dla zapobieżenia temu, żeby surowice słabo dodatnie, które potrafią związać tylko pewną małą ilość dopełniacza, nie okazały się ujemnemi wobec nadmiaru dopełniacza. Nie wolno jednak przytem zapominać, że im mniejszych się używa ilości dopełniacza, tem większych trzeba także ilości dwuchwytnika, aby uzyskać tensam wynik hemolityczny. O ile się tedy chce stosować także małe ilości dopełnia-

cza, trzeba dla nich przeprowadzić także mianowanie dwuchwytnika, przyczem naturalnie otrzymamy odpowiednio większe ilości jako jednostkę. Nie udaje się natomiast połączyć obu korzyści, t. j. obniżenia ilości dwuchwytnika i dopełniacza równocześnie, bo układ hemolityczny staje się wtedy tak słaby, że występują przeważnie zahamowania (niepożądane oczywiście) także w kontrolach surowiczych. W naszych doświadczeniach używaliśmy ułamków powszechnie stosowanej ilości dopełniacza ($^1/_2$—$^1/_6$) wraz z trzykrotną jednostką dwuchwytnika, oznaczoną po $^1/_4$ g., dla porównania zaś sporządzaliśmy próby z tąsamą ilością dwuchwytnika, a z prawidłową ilością dopełniacza. I ta metoda zgodnie z naszemi oczekiwaniami okazała się czulszą, niż zwyczajne, ponieważ na 90 badań porównawczych znaleźliśmy 8 surowic (= 9%), które okazały się ujemnemi przy zwykłej metodzie, a dodatniemi wobec zmniejszonej ilości dopełniacza. Lepsza sprawność tej metody w porównaniu ze zwykłą wyraża się mniej więcej takim samym odsetkiem, jak przy metodzie zmniejszenia ilości dwuchwytnika. Tosamo wrażenie odnieśliśmy z szeregu 75 prób porównawczych, wykonanych w następujący sposób: Wykonywano miareczkowanie dwuchwytnika w dwu szeregach równoległych dla normalnej ilości dopełniacza (0·02) i dla połowy (0·01) po $^3/_4$ godz. przy 37° C., a następnie we właściwem doświadczeniu użyto w dwu seryach każdej z tych ilości dopełniacza z odpowiednią 3-krotną ilością dwuchwytnika. Porównanie obu tych seryi nie wykazało wyraźniejszych różnic, tak że obie te metody można uważać za mniej więcej równowartościowe. Bądź cobądź jednak dla zachowania swoistości odczynu nie radzilibyśmy używać ilości mniejszych od 2 jednostek dopełniaczowych (dla danej ilości dwuchwytnika!). W ważnych rozpoznawczo przypadkach, gdzie próba zwykła da odczyn ujemny, warto będzie zastosować obie metody, t. j. małą ilość dwuchwytnika przy normalnej dawce dopełniacza i małą ilość dopełniacza przy większej dawce dwuchwytnika; sprawność rozpoznawcza próby powinnaby na tem zyskać.

To dążenie do uczulenia próby Wassermanna przez obniżenie ilości dopełniacza znajduje pewne analogie w metodach wiązania dopełniacza, stosowanych do bakteryi. Tak np. Schütz i Schubert, Schubert, jakoteż Miessner i Trapp polecają przy nosaciznie stosować tylko jedną jednostkę dopełniaczową, ponieważ w tej chorobie podobno tylko przy małych ilościach udaje się uzyskać odczyn dodatni. Również Nicolle i Pożerski, jak również Armand-Delille polecają używanie surowicy dopełniaczowej, przechowanej 9—14 dni w lodowni, a zatem osłabionej, ponieważ ma ona dawać wyniki lepsze, niż świeża.

(Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Z chirurgii jamy brzusznej.

Pęknięcie wrzodu żołądka — laparotomia, wyleczenie.

Podał

Dr Chrząszczewski ze Sambora.

Postęp w chirurgii jamy brzusznej jest w czasach obecnych tak znaczny, iż pojedyncze przypadki laparotomii z dodatnim wynikiem przestały już budzić znaczniejsze zajęcie; od czasu do czasu jednak nasuwają się przypadki, które bądź dla swej rzadkości, bądź też z powodu szczególniejszych niekorzystnych warunków, pośród których operacyę wykonano, zasługują na to, by je podać do wiadomości lekarskiego ogółu. Za taki właśnie uważam przypadek następujący:

Przed 3 niespełna miesiącami wezwany zostałem do wieśniaka we wsi Dublany Jana Ł., który odbywszy podróż do sąsiedniego miasteczka nagle wśród jazdy na mocno trzęsącym wozie, uczuł silne bole w całej jamie brzusznej i z trudnością tylko skurczony w pałąk, zdołał odbyć drogę powrotną. W 6—8 godzin po powrocie do domu, badałem chorego siedzącego, mocno ku przodowi pochylonego, gdyż żadnego innego ułożenia znieść nie mógł. Badanie wykazało ledwo wyczuwalne nitkowate i przerywane tętno, oblicze Hypokratesowe, kroplisty zimny pot na czole i policzkach, suchy, brunatnym mułem obłożony język, ciepłota 36.4° C., wyraz oczu wystraszony. Całe nadpępcze twardo napięte tak, że obmacanie prócz stwierdzenia owego napięcia żadnego innego wyniku dać nie mogło; — poniżej pępka powłoki brzuszne wiotkie bez żadnego oporu ani oddziaływania bolesnego, a ręka badająca wyczuwa często kruczenia w pętlach jelit cienkich. Ogólne wrażenie zapadu, — liche tętno, brak zupełny stolca i wiatrów, twardość brzucha w nadpępczu, a wiotkość od pępka aż do spojenia łonowego i obu pachwin nakazywały przyjąć jakieś przedziurawienie przewodu pokarmowego, siedziby przedziurawienia jednakże bliżej oznaczyć nie było można. Oświadczyłem wobec tego stanowczo, iż jedynym środkiem, jaki dla uratowania życia chorego pozostaje, jest najszybsze otwarcie jamy brzusznej i to na miejscu, bez przewożenia chorego do szpitala najbliższego w Drohobyczu, czy Samborze, gdyż rozpaczliwy stan chorego usuwa stanowczo możność transportu. W trzy godziny potem dzięki nadzwyczajnej uprzejmości naczelnika stacyi w D. P. T., który wprowadził w ruch wszystkie środki, jakie miał do dyspozycyi, powiodło się sprowadzić z Drohobycza dwóch kolegów Dra K. i E. i w małej izbie na wsi przy kilku lampach w uśpieniu eterowem przystąpiliśmy do otwarcia jamy brzusznej. Cięcie poprowadzono od wyrostka mieczykowatego, aż do wzgórka łonowego, poczem zaraz zauważono spływającą po pętlach jelit tłustą ciecz (olej rącznikowy), nieco krwi płynnej i kilka małych skrzepów, tak że rozpoznanie Dra K., uczynione przed operacyą co do istnienia przedziurawienia nie ulegało już żadnej wątpliwości. Zbadano wszystkie trzewia, poczynając od pachwiny prawej, nie znajdując nigdzie przedziurawienia; dopiero na krzywiźnie małej żołądka, tuż obok brzegu wątroby wykryto otwór wielkości korony, o brzegach strzępiastych, przez który swobodnie duży palec dawał się przeprowadzić. Otwór ten zeszyto trójpiętrowym szwem katgutowym, wprowadzono cztery grube sączki, dwa po prawej i lewej stronie linii środkowej ciała w okolicy żołądka, dwa zaś w okolicy prawego i lewego podżebrza. Dreny ustalono przyszyciem ich do skóry, ranę laparotomijną zeszyto drutem wiedeńskim szwem kuśnierskim.

Stan chorego po operacyi był tak lichy, że nie pozostawiał niemal zgoła żadnej nadziei życia, to też jednogłośnie oświadczyliśmy się za zupełnie złem rokowaniem i odjechaliśmy tylko z poczuciem dopełnienia obowiązku i zrobienia wszystkiego, co w danym wypadku zrobić należało. Ku wielkiemu zdziwieniu otrzymałem jednak trzeciego dnia telegram, wzywający mnie do zmiany opatrunku, który był przepojony obfitą surowiczo-krwawą wydzieliną, wydobywającą się z ujścia wszystkich czterech sączków. Opatrunek zmieniałem potem co 3—4 dni, skracając za każdym razem o 2—3 ctm każdy sączek i przepłukując jego wnętrze 3% wodą utlenioną. Dwunastego dnia po operacyi usunąłem szew metalowy kuśnierski z rany laparotomijnej. 18. zaś wyjąłem zupełnie wszystkie 4 sączki, a duże otwory w tych miejscach pokryłem grubymi knotami gazy wyjałowionej, napojonej 3% wodą utlenioną. Prócz pierwszych 6 dni po operacyi, w których chory miewał wzniesienia ciepłoty od 38·4—38.° C., był zresztą przebieg pooperacyjny bezgorączkowy bez zgoła żadnych powikłań; żywienie wyłącznie płynami, lawatywy celem sprowadzenia stolca co drugi dzień i kilkakrotnie powtórzony napar naparstnicy, celem podtrzymywania lichej czynności serca. W 7 tygodni chory zaczął wychodzić do ogrodu, a w 10 tygodni od operacyi przyjechał do mnie do Sambora. Stan odżywienia bez porównania lepszy, aniżeli przed operacyą; chory jada niemal wszystko, z wyjątkiem trudno strawnych pokarmów, a porównując sam stan swój obecny z dawniejszym od lat 6 przed operacyą, twierdzi, iż nigdy nie czuł się tak dobrze, jak obecnie,

że ten sam rodzaj pokarmów sprawiał mu dawniej dotkliwe bole żołądka, który teraz zgoła żadnych zaburzeń nie wywołuje.

W przypadku naszym istniał więc wrzód okrągły żołądka, który przez lat kilka drążąc coraz głębiej, wreszcie pod wpływem niewłaściwej dyety i jeszcze niewłaściwszego zachowania się chorego (jazda złym wozem, ugniatanie żołądka, od czasu do czasu przez kobiety wiejskie wykonywane i t. p.) przebił wreszcie do otrzewnej. Przypadki laparotomii takie, jak niniejszy, do których wskazanie daje przedziurawienie żołądka, należą do wcale rzadkich, a pomyślne ich zejście do jeszcze rzadszych zdarzeń. Pod względem praktycznym dowodzi znakomity wynik operacyjny w naszym przypadku, że w żadnym tego rodzaju przypadku nie wolno lekarzowi założyć rąk, lecz że należy przekonać otoczenie chorego o konieczności zabiegu operacyjnego. Może on być uwieńczony dobrym skutkiem mimo nawet tak niekorzystnych warunków, z jakimi w przypadku naszym mieliśmy do czynienia. Dostateczna aseptyka da się z pewnością przy dobrej woli i należytej uwadze nawet w chałupie wieśniaka przeprowadzić.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F. Malmejac. **Odczyn moczowy, a wczesne rozpoznawanie gruźlicy.** (*Presse médic.* Nr 76, 1909). Mocz gruźliczych nie zażywających żadnych leków, jałowo zebrany, trzymany na powietrzu i chroniony przed kurzem, zachowuje swój odczyn kwaśny od 12 dni do 3 miesięcy i dłużej, w tych samych zaś warunkach zebrany i przechowywany mocz zdrowych pozostaje kwaśny tylko 3 do 10 dni, średnio 7 dni. Zapisując codzienną kwaśność moczu gruźliczych i zdrowych, można się przekonać, że mocze chorych na gruźlicę zachowują długo pierwotną swą kwaśność, czego nie można zauważyć u zdrowych. Trwałość kwaśności moczu u gruźliczych wzmaga się z postępem choroby, i tak w gruźlicy 1. stopnia utrzymuje się kwaśność średnio 17 dni, w gruźlicy 2. stopnia średnio dni 26, a u chorych w okresie trzecim średnio dni 40. To samo można powiedzieć o stopniu kwaśności. Liczby, odnoszące się do tych 3 okresów, wynoszą: 0,6756 w okresie pierwszym (liczby wyrażają średnią kwaśność w kwasie siarkowym na litr), 0,9910 w okresie drugim, i 2,2870 w okresie trzecim. Żadne inne schorzenia nie okazywały tego objawu, nawet cierpienia płuc, inne, nie gruźlicze. Z pośród innych najdłużej zachowuje kwaśność mocz w toku cukrzycy i duru brzusznego. — Otóż ważną rzeczą jest fakt, że kwaśność moczu i dość wysoka i trwała zjawia się u gruźliczych, zanim gruźlica da się nieraz klinicznie na pewno stwierdzić, jest zatem prawdziwym wczesnym zwiastunem gruźlicy. *Stahr.*

Ernst Kovacs. **Wyniki uzyskane bromfersanem.** (*Pester med. chir. Presse* 1909, Nr 18). W poliklinice peszteńskiej stosował K. u szeregu chorych pastylki bromfersanowe, zawierające 0·5 gr fersanu i 0·1 gr bromku sodowego, a mianowicie podawał je w histeryi i w neurastenii na tle blednicy i niedokrwistości. Zwykle stosował K. 3 pastylki dziennie przed jedzeniem, w większości przypadków doszedł do 9 pastylek dziennie. Na uwagę zasługuje łatwa wessalność bromu w tym przetworze (w przeciwieństwie do czystego bromku sodu), gdyż już po paru godzinach dał się brom w moczu i ślinie wykazać. Chorzy zażywają te pastylki chętnie. Wpływ na wspomniane nerwice zauważył K. korzystny. Zaparcia i objawów zatrucia bromem nie spostrzegano. *M. W.*

Wolff-Eisner. **O tuberkulin-waselinie do wykonywania odczynu spojówkowego; modyfikacya próby spojówkowej dla praktyki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Okuliści przekładają w leczeniu cierpień ocznych maści nad krople, a to dlatego, że krople oczne nie dają się utrzymać czas dłuższy w stanie jałowym, a maść pozostaje znacznie dłużej w zetknięciu ze spojówką. Wielu lekarzy nie otrzymuje dodatnich odczynów ocznych tuberkuliną właśnie z tego powodu, że się krople ze spojówką stykają za krótko, i dlatego W. E., podaje do tego celu 1%, ewentualnie 2% tuberkulin-waselinę. Maść ta nie rozkłada się szybko, a jest w użytku bardzo wygodna. Rozróżniamy 3 stopnie odczynu: 1) zaczerwienienie, 2) występowanie grudek, 3) odczyn śluzowo-ropny z wybroczynami. Ten trzeci stopień przy racyonalnem postępowaniu jest bardzo rzadki. W razie wyniku ujemnego po 24 godzinach robi się próbę na drugiem oku. Dodatni wynik próby ocznej przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za obecnością czynnego gruźliczego ogniska w ustroju, ujemny obecności takiego ogniska nie wyłącza. Przeciwwskazaniami do wykonywania próby są: 1) cierpienia oczne (zwłaszcza gruźlicze), 2) kilkakrotnie wykonywane przedtem na oku próby. W razie wykazalnej klinicznie gruźlicy, ujemny wynik próby ocznej nakazuje rokować niepomyślnie. *A.*

Denis G. Zezas. **W sprawie cierpień kostno-stawowych przy gruźlicy płuc.** (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 39). Bamberger, Marie, Souza-Leite i inni zwrócili uwagę na pewne charakterystyczne cierpienia kostno-stawowe, występujące przestankowo w miarę pogarszania się lub poprawy stanu płuc. Podobny przypadek spostrzegał i autor; dotyczył on 27-letniego mężczyzny, chorego na gruźlicę prawego płuca. W razie pogorszenia się stanu ogólnego występowały bardzo bolesne obrzmienia w stawie kolanowym lewym i barkowym prawym, które potem ustępowały przy zastosowaniu spokoju i leczeniu ogólnem. Napadów takich było kilka, podczas nich nasada kości była silnie obrzękła i bardzo bolesna. Z odnosi te zmiany do podrażnień stawów toksynami, a obrzmienia do bujania okostnej, albowiem nie znikają one zupełnie. Ta postać gruźlicy kostno-stawowej jest zwykle łagodna i do poważniejszych zaburzeń tu nie dochodzi. *R.*

Bernheim i Dieupart. **O gruźlicy w zbiorowiskach ludzkich.** (Międzynar. Zjazd w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autorowie przechodzą statystycznie i wykazują ilość chorych i śmiertelność z gruźlicy w różnych grupach zawodowych. Wielka ilość chorych piekarzy, oraz pracowników w pralniach znacznie przyczynia się do szerzenia gruźlicy. Dalej przedstawiają autorowie kolejno znaczne rozpowszechnienie gruźlicy u wyrobników, handlowców, szwaczek i zarządczyń, oraz szerzenie się tej choroby po szpitalach między chorymi i dozorcami, w żłóbkach dziecięcych, w schroniskach dla umysłowo chorych, u funkcyonaryuszy pocztowych i kolejowych, u więźniów, przez prostytucyę, służbę, w szkole, w armii i marynarce. Wszędzie zapobiegawczo należałoby działać przez zwalczanie kurzu i dostarczanie powietrza, przez odkażanie i usuwanie chorych od zajęć. Syndykaty robotnicze, kasy chorych, oraz podobne stowarzyszenia i związki powinny w pierwszym rzędzie starać się o badanie i usuwanie błędów higienicznych, popełnianych przy pracy w poszczególnych zawodach, a pieniądze zużywane dla chorych byłyby lepiej użyte dla zapobieżenia chorobom. Także alkoholizm, jako źródło gruźlicy powinien być energicznie zwalczany. Wszelkie takie usiłowania, jak sanatorya i t. p. dały już dotąd dobre wyniki tam, gdzie je zastosowano. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Seibert (New York). **Kamfora i pneumokoki.** (*Münch. med. Wochs.* 1009, Nr 36). W r. 1895 powiedział Osler, że na zapalenie płuc nie mamy lekarstwa, a w r. 1907 podobnie wyraził się Strümpell. Pomimo więc, że między zdaniem słynnego amerykańskiego klinicysty, a zdaniem powagi niemieckiej upłynęło lat 12, medycyna żadnego postępu tu nie uczyniła. Fakt ten upoważnia S. do zwrócenia uwagi lekarzy na bardzo skuteczny, niemal swoisty sposób leczenia zapalenia płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań silnych dawek olejku kamforowego. Sposób ten stosuje S. z bardzo pomyślnym skutkiem od kilku lat, przekonawszy się przypadkowo w jednym przypadku o korzystnem działaniu kamfory przy zapaleniu płuc. W ten sposób leczył S. 21 chorych i uzyskał, mimo że chodziło o bardzo ciężkie przypadki, wyleczenia. Przy tem leczeniu choroba nie kończy się nigdy nagle przełomem, lecz objawy ustępują zwolna i w miarę wstrzykiwań kamfory, ale wogóle przebieg choroby skraca się. Ustrój znosi zupełnie dobrze wielkie dawki kamfory. Zwrócił już na to uwagę Esser, Würtz i t. p. Jak to wykazał Rosenow, u chorych na zapalenie płuc wykazać można bardzo często pneumokoki we krwi, kamfora działa więc wprost na nie, o czem przekonali się także z polecenia autora doświadczalnie Hensel i Welch na królikach.

S. poleca przy zapaleniu płuc postępować w następujący sposób: 1) Wstrzykiwania kamforowe zacząć należy odrazu, nawet przy przypuszczeniu ogólnego zakażenia pneumokokami. 2) Wstrzykiwać należy duże dawki. Zwykle podaje S. do 4 grm kamfory dziennie w olejku i radzi używać w potrzebie nawet większych dawek. 3) Najkorzystniej jest wstrzykiwać co 12 godzin, aby dać czas kamforze wydzielić się. 4) Wstrzykiwania powtarza się aż do czasu, kiedy tętno, oddech, ciepłota i objawy w płucach wrócą do stanu prawidłowego. *K.*

Melchior. **O okołokątniczych objawach w początkach zapalenia płuc.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 20. III.). Do poruszanej w ostatnich czasach sprawy występowania pozornych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego w początkach zapalenia płuc, dodaje M. jeszcze 5 przypadków, gdzie jednak sprawę dobrze rozpoznano, a czasem nie jest to łatwą rzeczą i nieraz już przystępowano bez potrzeby w podobnych razach nawet do operacyi. Właściwe rozpoznanie ułatwiają: niestosunek ciężkiego schorzenia ogólnego i silnych bolów miejscowych w okolicy wyrostka do stanu miejscowego przy badaniu tej okolicy. Dalej brak »otrzewnego« wyrazu twarzy, początkowe bole głowy, przyspieszony oddech, zaczerwienienie twarzy, stosunkowo silne tętno, nieraz opryszczki, ewentualnie kaszel. Objawów płucnych często wtedy wykazać jeszcze nie można. Pomylić się także można wtedy co do duru, tu jednak wchodzi w rachubę ew. zwolnienie tętna, tętno dwubitne, nizka ciepłota, obrzmienie śledziony, zmniejszona ilość ciałek białych, różyczka i t. p. *A.*

Panfiłow. **Adrenalina w dychawicy oskrzelowej.** (*Med. Obozr.* 1909, Nr 7). Wychodząc z założenia, że dychawica oskrzelowa jest angioneurozą i że napad jej powstaje przy rozszerzeniu naczyń płucnych, autor zastosował w jednym przypadku dychawicy wstrzykiwania podskórne roztworu adrenaliny (*Sol. adrenalini hydrochl. Takamine 1 : 1000 — 1·00, Aquae 4·00*) w ilości 0,50. Napad ustępował po 10 minutach i w jakie pół godziny po wstrzyknięciu chora zwykle już spokojnie spała. Ponieważ chora, u której zastosowano takie leczenie, była bardzo wrażliwa i nerwowa (stała dermografia), i wiadomo było, że po każdem silniejszem wzruszeniu występowała u niej pokrzywka, powstała więc wątpliwość, czy dodatni wpływ adrenaliny nie jest czasami wynikiem samopoddawania. Kilka przeto razy w początkach napadu wstrzykiwano wodę przekroploną, i rzeczywiście wyniki były takie same, jak po wstrzyknięciu adrenaliny. Jednakowoż pewnej nocy nastąpił tak silny napad, że wstrzykiwania wody przekroplonej nie wywarły żadnego wpływu, a napad ustąpił dopiero po wstrzyknięciu adrenaliny. Autor mniema, że u chorej jego występowały napady rozmaitej siły, i trzeba przypuścić, że czasami wystarczała siła samopoddawania, aby napad ustąpił, lub nie wystąpił wcale; w pewnych zaś razach dopiero zastosowanie tak silnego środka, jak adrenalina, usuwało napad. *L. Mańkowski.*

Knopf. **O leczeniu gimnastycznem przy dychawicy.** (*Ther. d. Gegenwart* Nr 50, III.). Gimnastyka oddechowa, stosowana przez K. przy dychawicy i innych pokrewnych cierpieniach, polega na następujących przepisach: 1) Przy wdechu odrzuca się ramiona (trzymające laskę) w tył, a przy wydechu opuszcza się je ku dołowi. 2) Przy wdechu leży chory na plecach, a przy końcu wydechu podnosi się zwolna, o ile możności bez pomocy. 3) Przy wdechu pochyla się ciało trochę ku tyłowi, przy końcu wydechu trochę ku przodowi. 4) Pod koniec wdechu wyrzuca się obie ręce, trzymające laskę, ku górze, przy wydechu opuszcza się je do wysokości pępka i przyciska jamę brzuszną, pochylając się trochę naprzód; ćwiczenia te mają także wzmacnać działanie mięśni brzusznych. Wykonuje się je rano i wieczorem 20 razy, z początku pod okiem lekarza. Wynik podmiotowy bywa przytem bardzo rychło znakomity. *A.*

Liebmann. **Nowy sposób klinicznego oznaczania ilości pepsyny.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 47). Dotychczasowe sposoby oznaczania ilości pepsyny polegały na tem, że do znanej ilości białka dodawano znaną ilość kwasu solnego i płyn zawierający pepsynę, poczem w pewien czas badano, w którym z roztworów nastąpiło rozpuszczenie białka. Sposoby te są niewygodne, bo zabierają wiele czasu i zużywają dużo materyału. Sposób autora jest znacznie prostszy. Z białka sporządza się przez podgrzanie i dodatek gumy i sublimatu trwałą zawiesinę. Przez dodatek pepsyny i kwasu solnego występuje w razie strawienia białka zupełnie wyjaśnienie się płynu. Do badania służą dwie probówki (przyrządu autora); do jednej daje się 1 cm³ zawiesiny, 4 cm³ (0,3%) kwasu solnego i 1 cm³ treści żołądkowej, do drugiej 0,5 cm³ zawiesiny i 2,5 cm³ roztworu kwasu solnego. Zabarwienie obydwu płynów w rurkach obecnie jest jednakie, t. j. płyny są jednako mętne. Pozostawiamy je w spokoju i w pewien czas porównujemy. W rurce, gdzie niema pepsyny, płyn będzie dalej mętny, w drugiej się wyjaśni. Aby znowu oba płyny były równo jasne, dolewamy do rurki, gdzie niema pepsyny, stopniowo roztworu kwasu solnego, aż do zupełnego wyjaśnienia się. Odpowiednia skala podaje ilość pepsyny, jeżeli znamy ilość kwasu solnego, dolanego po pewnym określonym czasie. N. p. dolanie 3 cm³ kwasu solnego w 15 minut odpowiada ilości x pepsyny. *A.*

Brodzki. (Kudowa i Helouan). **O gęstości filtra nerkowego.** (*Therapie der Gegenwart.* Lipiec, 1909). Czynność filtracyjna jest, jak wiadomo, tylko częścią czynności nerek. W stanach chorobowych zdarza się niedostateczność czynności filtracyjnej, przepuszczalność filtra nerkowego. Autor omawia gęstość filtra nerkowego wobec pewnych ciał chemicznych, przedewszystkiem wobec ciał, zawartych w pokarmach. W szczególności zbadał autor zachowanie się zdrowej i chorej nerki wobec cukru mlecznego. Cukier ten należy do węglowodanów, mających skłonność do przechodzenia przez nerki, jak widzimy w laktozuryi położnic. Laktozurya pokarmowa zaczyna się powyżej 40 gr. Cukier mleczny działa w słabym stopniu moczopędnie i stanowi może całkowicie, albo częściowo leczniczo czynny składnik przy dyecie mlecznej w chorobach nerek. Autor opisuje doświadczenia ze sztucznem (urazowem) zapaleniem nerek u królików, którym jednocześnie podawał cukier mleczny. Nawet w przewlekłym przebiegu zauważył autor wyraźnie moczopędny skutek. Na mocy tych doświadczalnych wyników przemawia autor za bezpośredniem i konsekwentnem zastosowaniem roztworów cukru mlecznego przy zapaleniu nerek. Pierwsze jego doświadczenia przemawiają na korzyść takiego postępowania. (*Streszczenie własne*).

Neurologia i psychiatria.

Prof. Schultze. **Histerya urazowa u epileptyka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 44—45). Robotnik X., murarz z zawodu, od lat kilkunastu miał padaczkę. W czerwcu 1905 podczas pracy spadł z nasypu 5 metr. wysokiego. Dostał, jak się zdaje, napadu padaczkowego, ale tegoż samego dnia mógł dalej pracować. Po pewnym czasie dostał drgawek w prawej nodze i ręce i bolu głowy. Ponieważ przypuszczano, iż drgawki w nodze i ręce oraz bole głowy są następstwem uszkodzenia czaszki podczas wypadku, podejmowano kilkakrotnie trepanacyę, ale bez skutku. S. badał chorego w swojej klinice i stwierdził oprócz padaczki, histeryę, której przedtem nie było. Ze znamion histerycznych (*stigmata*) wymienia S. między innemi zniesienie odruchu rogówkowego, obustronne zwężenie pola widzenia, szczególnie z lewej strony, zaburzenia w sferze czucia dotykowego i bolowego, wzmożenie odruchów, wybitną suggestywność. Drgawki w ręce i nodze miewał chory w stanie przytomnym, źrenice podczas napadu drgawek oddziaływały na światło żywo. U chorego rozwinęła się psychoza, która przywiodła go do samobójstwa. Sekcya zwłok nie wykazała żadnych zmian w mózgu i żadnego zgrubienia czaszki. Na zasadzie obserwacyi klinicznej i sekcyi zwłok dochodzi S. do przekonania, że objawy, które nastąpiły u chorego po wypadku, były wywołane nie przez padaczkę Jacksona, lecz przez histeryę, w tym przypadku — urazową. *J. Bednarz.*

Prof. Bernheim. **O stanach, zwanych neurastenicznymi.** (*Revue de méd.* 1909, Nr 4). U neurasteników zauważyć można dwie grupy objawów. Jedna obejmuje objawy psychiczne, jak smutek i przygnębienie, brak woli, brak nadziei wyleczenia, brak energii, poczucie bezwładności i nieudolności fizycznej i moralnej. Druga grupa obejmuje objawy somatyczne takie, jak: uczucie ociężałości i próżni, bole głowy, bole rozlane lub ograniczone, zawroty głowy, zamroczenia przy patrzeniu, szum w uszach, znużenie, świąd, uczucie trętwienia, zaburzenia trawienne i t. p. Stosownie do przewagi danej grupy objawów odróżnia B. psychastenię, psychoneurastenię, neuropsychastenię i neurastenię. Stany te mają swą przyczynę bądź we wrodzonej skazie, bądź w przebiegu i rozwoju czynności fizyologicznych, jak ząbkowania, pokwitania płciowego i t. d., bądź też w chorobach toksycznych i zakaźnych. Długoletnie spostrzeżenia Bernheima doprowadziły go do wniosku, że istotą stanów neurastenicznych jest zawsze zatrucie i zakażenie, lub samozatrucie i samozakażenie ustroju, dotykające bądź mózg i rdzeń, bądź nerwy obwodowe. Neurastenia, choć może być tylko przejściową i znikającą, jest niemniej zdaniem B. zawsze cierpieniem organicznem. Tem tłómaczyć należy takie objawy, jak n. p. wzmożenie odruchów ścięgnistych kolanowych i odruchów stopowych, oraz zaburzenia w równowadze, czasową nierówność źrenic i t. p. To też tłómaczy nam odporność neurasteników na wpływ leczniczy poddawania, który zresztą przy zaburzeniach czynnościowych bywa bardzo wydatny. *Dr M. Blassberg.*

Becker. **Pseudologia phantastica i symulacya.** (*Klin. f. psych. und nerv. Krank.* 1909, T. IV. Z. 3). Autor podaje bardzo szczegółową historyę choroby chorego, który był w kilku zakładach dla umysłowo chorych. Chory ten był kilkanaście razy karany sądownie za rozmaite drobne oszustwa, kradzieże, włóczęgostwo i t. p., udawał rozmaite choroby, opowiadał o sobie

zmyślone historye. Badanie podmiotowe wykazało: obciążenie dziedziczne, morfinizm, znieczulenie prawej połowy ciała i głowy, zwężenie pola widzenia, wzmożone odruchy ścięgniste, drżenie palców — wogóle histeryę. Badanie inteligencyi wykazało, że pod względem intelektualnym niema żadnych upośledzeń. Opowiadania chorego były zawsze misternie ułożone. O swojem życiu opowiadał coraz inaczej, — zależnie od warunków i humoru. Autor dochodzi do wniosku, że nie jestto obłąkany, ale zwyrodniały, człowiek społecznie szkodliwy, i podnosi pytanie, co właściwie robić z takim chorym. W myśl prawa w zakładzie dla umysłowo chorych trzymać go nie można, bo nie jest obłąkanym, zresztą gdyby nawet można było takiego chorego trzymać w zakładzie, to taki chory prędko stałby się *crux medicorum* i niepodobnaby go znosić. Na wolności przebywać nie może, bo w dalszym ciągu będzie to samo robić, nie mogąc zmienić swojej natury. Więzienie również jest nieodpowiednie, bo nie jestto właściwie zbrodniarz, tylko człowiek chory. Autor uważa, że powinny istnieć osobne zakłady w rodzaju kolonii roboczych dla takich jednostek, któreby tam przymusowo umieszczano. *J. Bednarz.*

Jacquet i Jourdanet. **O migrenie.** (*Révue de med.* 1909, Nr 4). Autorowie określają migrenę jako przedmiotową przeczulicę substancyi mózgowej, a zwłaszcza kory. Łączy się ona z rozpromienianiem nerwowem, wywołanem przez bodźce, pochodzące z rozmaitych narządów, a w pierwszym rzędzie z przedrażnienia żołądka. Spostrzeżeniami swemi J. i J. dowodzą, że prawie wszyscy chorzy, dotknięci migreną, jadają szybko i połykają duże kęsy, nie zżute należycie. Te bodźce, wciąż powtarzające się, wywołują z czasem czynnościowe podrażnienie żołądka, a drogą nerwu błędnego przenoszą się przez opuszkę do szarych jąder z podstawy i dalej na korę mózgową. Migrena jest napadową przeczulicą kory mózgowej, jest zatem cierpieniem samego mózgu. Oprócz złego żucia pokarmów także i inne czynniki chorobowe, jak złe trawienie, nadużywanie pokarmów i napojów, nieodpowiednie żywienie się, oraz nerwice przewodu pokarmowego odgrywają ważną rolę w patogenezie tego cierpienia. Tem tłómaczą autorowie bardzo dobre swoje wyniki lecznicze przy podawaniu stosownej dyety, oraz głównie tak zwanej przez nich ataraksyi trawiennej (od α-ταρασσα), t. j. powolnego żucia pokarmów, trwającego przez trzy kwadranse. U wszystkich chorych nastąpiło wyleczenie lub znaczna ulga cierpienia. *Dr M. Blassberg.*

L. Landouzy i L. Lortat-Jacob. **Historya chorego na zanik mięśni, obserwowanego przez 30 lat.** (*Révue de med.* 1909, Nr 5). Schorzenie zanikowe mięśni typu Landouzy-Dejerinea dotyczyło chorego, którego stan był opisany w roku 1873—1874 przez Landouzyego i Dejerinea, później w roku 1885, a obecna historya choroby obejmuje czas od r. 1885—1902, oraz wynik badania pośmiertnego (chory zmarł w 45. roku życia, choroba zaczęła się w 8. roku życia). Zanik, który rozpoczął się w mięśniach twarzy, barku i ramion, rozwijał się zwolna i objął ostatecznie prawie cały układ mięśniowy. Mięśnie zginacze były stosunkowo mniej zanikłe, aniżeli prostowniki. Zanik obejmuje poszczególne mięśnie w sposób rozmaity, tak że w grupie mięśni, zaopatrywanych przez jeden i ten sam nerw, można napotkać mięśnie bardziej zbliżone do prawidłowych, a obok nich mięśnie zanikłe. Skurczenie się mięśnia dwugłowego wywołało zniekształtnienie i zakrzywienie kości ramieniowej. Mięśnie powiek, które od samego początku były schorzałe, zanikły prawie bez śladu. Oprócz powyższych klasycznych objawów stwierdzają autorowie wady w kośćcu, zniekształtnienie klatki piersiowej, kręgosłupa i miednicy, zmiany w objętości kości i w ich wewnętrznej budowie. Radyoskopia stwierdziła rozrzedzenie tkanki kostnej i wybitną przejrzystość szkieletu. Najbardziej przejrzyste były miejsca, odpowiadające najdłużej trwającemu i najsilniej rozwiniętemu zanikowi mięśni. Szczegółowe badanie anatomiczne i histologiczne układu nerwowego, zarówno ośrodkowego, jak obwodowego, nie wykazało żadnych zmian chorobowych. Powyższa historya chorego (którego brat był również dotknięty tem samem cierpieniem) dowodzi w całej pełni, że należy wyróżniać dwa typy zaników mięśniowych. Jeden typ stanowi zanik mięśni postępujący u dorosłych typu Duchenne-Arana, który jest następstwem schorzenia rdzenia. Drugim typem, do którego należy przypadek autorów, jest zanik mięśniowy postępujący twarzowo-łopatkowo-ramieniowy typu Landouzy-Dejerinea, rozpoczynający się w wieku dziecięcym i dotyczący zwykle kilku członków rodziny, a przebiegający od początku do końca wyłącznie tylko w układzie mięśniowym bez wszelkich zmian układu nerwowego. *Dr M. Blassberg.*

v. Jach. **O zawartości antytrypsyny w surowicy krwi umysłowo chorych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Na zasadzie pewnej współzależności chorób somatycznych i chorych psychicznych, dochodzi autor do myśli zastosowania próby Briegera u chorych umysłowo. Próba Briegera, jak wiadomo, polegała na tem, że surowica krwi chorych (rakowatych) wpływała hamująco na zdolność trawienną trypsyny. Autor wykonał doświadczenia na 80 chorych, z których 25 cierpiało na przedwczesne otępienie (*dementia praecox*), 15 na padaczkę, 15. na idyotyzm, i 25 na porażenie postępowe. U wszystkich próba Briegera dała wyniki dodatnie. Zawartość antytrypsyny waha się bardzo u wszystkich chorych, najwięcej jednak jest jej we krwi u chorych na porażenie postępowe. W porażeniu postępowem próba dawała dodatnie wyniki nawet wtedy, gdy wskutek leczenia arsenokenylglicyną odczyn Wassermanna znikał. Pod względem technicznym doświadczenia wykonywano podług Meyera, a obliczanie antytrypsyny podług Jakoba. *J. Bednarz.*

Pedyatrya.

Wieland. **Badania kliniczne i anatomiczne t. zw. wrodzonej i wcześnie nabytej krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20, Z. 5.). Autor, badając chrząstki żeber w 52 przypadkach (płody niedonoszone, czasowe i niemowlęta), dochodz. do wniosku, że wrodzona krzywica nie istnieje. *Kostecki.*

Krasnogorski. **O działaniu jonów wapniowych na możność przyswajania wody w tkance chrząstkowej i o ich znaczeniu w patogenezie krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20., Z. 5.). Autor wycinał płytki chrząstki świeżej i wysuszonej, ważył, następnie zanurzał na pewien czas do wody, 1% rozczynu soli kuchennej i 0·5%, 1% chlorku wapnia. Z doświadczeń wypadło, że silniejszy rozczyn trudniej ulegał wessaniu, i że jony wapna działają hamująco na przyswajanie wody. Wiemy, że w krzywicy brak jest soli wapniowych w chrząstce i że istota szklista zawiera dużo wody. Łatwo więc wytłómaczyć, że właśnie ten brak jonów wapniowych sprzyja pęcznieniu hyaliny, gdyż nic nie powstrzymuje przedostawania się wody w znacznej ilości do chrząstki. To nasiąkanie chrząstki wodą wywołuje, zdaniem autora, jako objaw kliniczny krzywicy zgrubienie nasad kostnych. *Kostecki.*

Reike. **Badania histologiczne przewodu pokarmowego u niemowląt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20., Z. 5.). Wiek niemowlęcy jest narażony bardzo często na choroby przewodu pokarmowego, które w znacznej liczbie przypadków wiodą do śmierci. Zdawaćby się mogło, że najwybitniejsze zmiany w tych przypadkach można spotkać w jelitach, co też wielu znajdowało. Autor badał 11 przypadków; aby zapobiedz zmianom pośmiertnym, wprowadzał najpóźniej w pół godziny od chwili skonu do jamy brzusznej 10% rozczyn formaliny. W ten sposób utrwalony przewód pokarmowy badał R. histologicznie i doszedł do wniosku, że zaburzenia w odżywianiu niemowląt, a nawet ciężkie zatrucia pokarmowe mogą przebiegać bez najmniejszego uszkodzenia nabłonka jelitowego. Wyjątek stanowią tylko te przypadki, w których śmierć poprzedzało długie konanie. U dzieci cierpiących na skazę wysiękową, znajdował R. w błonie śluzowej jelita bardzo znaczną ilość krwinek eozynochłonnych. *Kostecki.*

Schwarz. **W sprawie różnicy pomiędzy mlekiem krowiem, a kobiecem.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Mleko krowie zawiera prawie 3 razy więcej białka, aniżeli mleko kobiece. Białko to składa się z sernika i albuminy, i tutaj zachodzi znaczna różnica, ponieważ w mleku krowiem stosunek albuminy do sernika wynosi 1: 6; natomiast w mleku kobiety 1: 0,4. Co się tyczy tłuszczu, to ilościowo niema różnicy, istnieje ona jednak w wyzyskaniu go przez dziecko: tłuszcz mleka krowiego ulega gorzej wessaniu, aniżeli tłuszcz mleka kobiecego. Badanie drobnowidowe kuleczek tłuszczu w mleku krowiem i kobiecem stwierdza znaczne różnice. Autor dochodzi do wniosku, że nie tłuszcz sam, ale substancya, otaczająca kuleczki tłuszczu, która składa się z sernika i albuminy, sprawia, że tłuszcz z mleka krowiego nie może być w zupełności przyswojony przez ustrój dziecka. *Kostecki.*

Helmholz. **Przyczynek do anatomii patologicznej zaniku oseskòw** (*atrophia infantum*). (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Aby wyświetlić sprawę »zaniku oseskòw«, badał autor zwłoki kilkorga dzieci, zmarłych na zanik i z powodu innych chorób, w kilka godzin po śmierci. W nabłonku jelita cienkiego nie znajdował żadnych zmian, nawet drobnowidowo, natomiast spostrzegał zmiany wsteczne w na-

błonku gruczołu tarczowego, przytarczycznego, zanik substancyi korowej nadnercza i stłuszczenie nerek. W wielu przypadkach znajdował w wątrobie i śledzionie złogi barwika, zawierającego żelazo. *Kostecki.*

Knoepfelmacher. **Dołki u dziecka.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Znane są dołki u dziecka na policzkach, w okolicy kości krzyżowej (trójkąt Michaelisa) i u dobrze odżywionych dzieci w okolicy kości łokciowej po obu stronach. Autor spostrzegał w 30 przypadkach dołki na łopatce, a w 5 na kolanach. Badanie mikroskopowe dołeczków stwierdziło w tych miejscach brak tkanki tłuszczowej, a rozrost tkanki łącznej. *Kostecki.*

1) Władimirow. **Angioneurozy u dzieci.** (*Med. Obozr.* 1909, Nr 12). 2) Tenże. **Opis przypadku nagłej niemoty u dziecka.** (*Prakt. Wracz* 1909, Nr 24). W pierwszej swej pracy opisuje autor przypadek »asphyxie locale« u 6-miesięcznego dziecka i przypadek erytromelalgii u 12-letniej dziewczyny. W przypadku pierwszym od czasu do czasu bez żadnej widocznej przyczyny stopy i dolne części goleni stawały się sine i zimne. Następnie kolor siny przechodził w czerwony i nogi stawały się ciepłe. W szpitalu po napadzie drgawek wystąpiła bardzo wyraźna »asphyxie locale«, następnie »syncope locale« i erytrodermia. Napady te nie stały w żadnym związku z ciepłotą otaczającego powietrza. — W drugim przypadku były silnie zaczerwienione i obrzmiałe podeszwy obu nóg. Skóra była bardzo wilgotna (*hyperhydrosis*). Temu wszystkiemu towarzyszyły silne bole, tak, że chora wcale nie mogła chodzić; bole sadowiły się w piętach i na środku podeszew. Ze zmian można było zauważyć tylko zmiany w czuciu ciepła (odwrócenie wrażeń). Pod wpływem chłodnych kąpieli i leżenia w łóżku, objawy chorobowe ustąpiły prawie zupełnie.

Roztrząsając te 2 przypadki, autor dochodzi do przekonania, że z drgawkami łączy się zwężenie naczyń i niedokrwienie, słowem »asphyxie locale« pewnych części mózgu. Stosownie do tego, w jakiej części mózgu występuje zwężenie naczyń, pojawiają się kurcze tych, lub innych mięśni (n. p. kurcz głośni). Gdy zwężenie naczyń zajmie duży obszar mózgu, mogą wystąpić drgawki ogólne. Wobec tego przy drgawkach nie należy, zdaniem autora, stosować ciepłych kąpieli, środków czyszczących i drażniących, ale środki rozszerzające naczynia, jak naprzykład azotyn amylu.

W drugiej swej pracy autor opisuje przypadek nagłej niemoty i wogóle niezdolności wydawania głosu, które trwały 24 godziny i znikły, nie pozostawiwszy po sobie żadnych widocznych śladów. 9-letnia dziewczynka przestraszyła się psa, który się na nią wieczorem rzucił znienacka, i przestała mówić, a nawet wogóle wydawać głos. Następnego poranku przy badaniu w szpitalu okazało się, że chora wszystko rozumie, robi próby mówienia, t. j. ruchy ust i języka, ale nie wydaje głosu, tylko słaby szmer. Połykać, nawet płynne pokarmy, może tylko z trudnością. Oprócz tego silnie zaznaczony jest bezład dolnych kończyn. Przy wziernikowaniu krtani zauważono lekkie obrzmienie strun głosowych i ich niedowład. Na drugi dzień pobytu w szpitalu objawy wszystkie zaczęły ustępować i w ciągu kilku dni dziewczynka zupełnie wyzdrowiała. Nawiązując ten przypadek do opisanych w poprzedniej pracy objawów naczynio-ruchowych, mniema autor, że wskutek porażenia nerwów zwężających naczynia, nastąpiło przekrwienie mózgu w okolicy ośrodków ruchowych mowy, ust, języka, krtani. Że pogląd taki ma wszelkie cechy prawdopodobieństwa, dowodem byłby obraz laryngoskopowy. Jest on, zdaniem autora, wskazówką zmian anatomicznych, powstających w mózgu i niedostępnych bezpośredniemu badaniu. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 17. XI. 1909

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 65.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita przybyłych gości: radcę dworu Protomedyka Merunowicza, wiceprezydentów miasta radcę Sarego i Dra Szarskiego, posła Prof. Sikorskiego, radcę bud. m. Kłeczka i Dra Załęskiego z Kostromy.

3) Zgłaszają się do Towarzystwa koledzy: Hladij, Kleczkowski, Weissglas, których jednomyślnie do Towarzystwa przyjęto.

4) Wybór komisyi przedwyborczej przeszedł jednomyślnie. Wybrano do niej kolegów: Aronsohna Juliana, Borzęckiego, Browicza, Buzdygana, Chlumskyego, Eisenberga, Glińskiego, Godlewskiego Emila, Janiszewskiego, Krzyszkowskiego, Kosteckiego, Kwaśnickiego, Majewskiego, Merza, Piotrowskiego, Steuermarka, Surzyckiego, Wespańskiego, Żydłowicza.

6) Przewodniczący zagaja dyskusyę nad tematem: **Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego** i udziela głosu Prof. Nowakowi, który naprzód omawia ścieśnienie ludności w Krakowie. W samem mieście jest dużo mokradeł, poza niem gminy podmiejskie nie posiadają urządzeń sanitarnych. Celem rozszerzenia miasta zakupiono grunta pofortyfikacyjne, które należy uregulować. Zdaniem mowcy winno się, jeżeli nie całość, to przynajmniej część ich ze względów higieny publicznej zamienić na plantacye. Dalej musi się Kraków rozszerzyć na przedmieścia, ale zarazem muszą tam być wprowadzone wszystkie urządzenia sanitarne (drenowanie, kanalizacya). Trzeba zastanowić się nad tem, czy błonia mają być zabudowane, w kazdym razie należy je odwodnić. W końcu zaznacza, że w najbliższej okolicy miasta muszą być tereny dla zabaw ruchowych.

Radca Kłeczek, objaśniając na prośbę Prof. Dobrowolskiego stan sprawy, zwraca uwagę na techniczne trudności przy nabywaniu gruntów i objaśnia wartość poszczególnych gruntów pofortyfikacyjnych. Wskutek przesunięcia rejonu fortecznego ułatwiono zabudowanie gmin podmiejskich zachodnich. Wykonano szereg wierceń na gruntach pofortyfikacyjnych, celem poznania warunków dla kanalizacyi. Następnie budownictwo miejskie przeprowadza studya nad tem, czy kanalizacya w nowych częściach Wielkiego Krakowa może być wspólna, czy też osobno od starego Krakowa. W dalszym ciągu objaśnia mowca wartość terenu pojedyńczych rejonów przyłączonych gmin; zwraca uwagę na wody gruntowe, które w niektórych okolicach są tylko 80 cm pod poziomem; z tego powodu wynika konieczność drenowania, bez którego nie można w tych okolicach budować. Następnie omawia mowca sprawę koryta Rudawy, tłómaczy istotę, przebieg i historyę powstania sprawy kollektora. Odwodnienie gruntów pofortecznych uważa mowca za możliwe ze względu na istnienie kanału dawnej Rudawy. Młynówkę również się pozostawi dla spłukiwania kanalizacyi miejskiej. Koszta tych wszystkich prac, zakupna i t. d. wyniosą do 2 milionów koron. Zdaniem mowcy grunta te ze względów finansowych nie mogą być zamienione na plantacye, a Kraków ma już bardzo dużo powierzchni zielonej zadrzewionej.

Przewodniczący dziękuje radcy Kłeczkowi za referat.

Kol. Janiszewski, podnosząc jako najcharakterystyczniejsze znamię nowoczesnej kultury — zrozumienie znaczenia życia i zdrowia nietylko dla jednostki, ale przedewszystkiem dla narodu i państwa, a tem samem zrozumienie tych szkodliwości, jakie przynosi ze sobą skupienie się znacznej ilości ludzi na ograniczonej przestrzeni, np. w miastach, stwierdził, że obecnie co do konieczności uchylenia takich szkodliwości nie ma już dwóch zdań odmiennych. Kraków znajdował się do niedawna w szczególnie niekorzystnych warunkach, zajmując bowiem 5·88 klm^2 przestrzeni (nie licząc Błoń), mieścił w sobie 108.000 mieszkańców, czyli że na 1 klm^2 przypada 15.800 ludzi. Tylko Praga przewyższała jeszcze Kraków pod tym względem, dopóki nie przyłączyła do miasta paru przedmieść. Małe terytoryum Krakowa, powstające wskutek tego silne skupienie ludności i drogość gruntów, powodują drogość mieszkań, a tem samem przepełnienie tych mieszkań, a zarazem stwarzają niekorzystne pod względem zdrowotnym warunki życia. Te złe i przepełnione mieszkania są w znacznej mierze powodem wielkiej śmiertelności z powodu gruźlicy, jaka panuje w Krakowie. Rozszerzenie granic Krakowa jest dziełem pierwszorzędnej wagi pod względem sanitarnym; mieszkańcy Krakowa nie mieli poprostu czem oddychać. Jest jednak wątpliwem, czy samo rozszerzenie granic Krakowa w rozmiarach projektowanych wraz z usiłowaniami gminy co do budowy tanich mieszkań zdoła rzeczywiście radykalnie obniżyć cenę mieszkań. Doświadczenia innych miast dowiodły, że wymienione usiłowania nie wystarczają, aby obniżyć cenę mieszkań. Według Howarda, twórcy t. zw. miast-ogrodów, okazuje się, że jedynie zakupienie bardzo dużych przestrzeni gruntu w pewnem oddaleniu od miasta, gdzie renta gruntowa jest nizka, połączenie tych przestrzeni zapomocą dobrej i taniej komunikacyi z miastem, odpowiednie urządzenie tych przestrzeni (wodociąg, kanalizacya, oświetlenie, drogi, ogrody), postaranie się o tani materyał budowlany (własna cegielnia), oraz budowa

na tych przestrzeniach domów i wydzierżawianie tych domów, mogą radykalnie wpłynąć na cenę mieszkań.

Pierwszą czynnością po faktycznem wcieleniu gmin podmiejskich do Krakowa będzie opracowanie i przyjęcie ogólnego planu regulacyjnego, według którego Kraków mógłby się zabudowywać. Plan regulacyjny musi być wszechstronnie obmyślany i dopóki plan taki nie jest gotowy, nie należałoby sprzedawać gruntów pofortyfikacyjnych bez związku z resztą planu regulacyjnego. Plan regulacyjny zawierać powinien istniejące i powstać mające ulice wraz z wodociągami, kanalizacyą, torami komunikacyjnymi i oświetleniem; następnie projekt osuszenia gruntów, strefy budowlane, mianowicie: stretę zabudowania zwartego, willową, przemysłowo-handlową i t. d. Ale i to wszystko nie wystarczy; czy przyjmiemy plan regulacyjny, wygotowany przez budownictwo miejskie, czy też ogłoszony konkurs da nam jakiś lepszy jeszcze plan regulacyjny, wykonać go nie będziemy mogli bez odpowiedniej ustawy budowlanej. Opracowanie całkowitej ustawy budowlanej zajęłoby zbyt wiele czasu, zanim uzyskałaby odpowiednią sankcyę, przeto gmina opracowuje nowelę do § 16 istniejącej już ustawy budowlanej. Ustawa ta zawierać będzie najważniejsze postanowienia, tyczące się planu regulacyjnego, prócz tego odpowiednie postanowienia o wywłaszczeniu gruntów pod ulice, place publiczne, budynki publiczne i t. d. Plan regulacyjny powinien być wszechstronny i uwzględniać także względy estetyczne, ażeby w myśl zdania Ruskina, miasto było otoczone murem prawa, by nie było brzydkich i nieestetycznych i niehigienicznych przedmieść. Ponieważ plan regulacyjny obliczony jest na szereg lat, przeto nie powinna przy tem grać roli zbytnia oszczędność; życie idzie tak szybkim torem, że to, co dzisiaj wydaje się nam wspaniałem, obliczonem według szerokich wymagań, za lat kilkanaście okazuje się niewystarczającem. Wobec uświadomienia mas, wobec ciągle rosnących potrzeb i wymagań sanitarnych, to co dziś wydawać się może zbytkownem, za lat kilkanaście okaże się koniecznem, często nieurzeczywistnienie jakiejś sprawy dziś z powodu oszczędności, może się okazać w przyszłości tak kosztownem, że przekroczy finansową możność gminy; dlatego też mowca przyłącza się do zdania Prof. Nowaka i twierdzi, że część gruntów pofortyfikacyjnych obrócić należy na planty, a jedynie grunta, pozostałe po bokach, możnaby zużytkować jako parcele budowlane. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid zwraca się o informacye co do regulacyi Wisły do posła Prof. Sikorskiego, który zaznacza, że sprawa ta o tyle jest załatwiona, iż roboty już są zaczęte. Te roboty mają polegać na tem, że poniżej Krakowa pod Dąbiem ma stanąć budowla do piętrzenia wody, celem zgłębienia koryta. Mowca objaśnia projekta kanału Dunaj-Wisła i regulacyi Wisły pod Krakowem. Ponieważ wskutek podniesienia poziomu Wisły i wody gruntowe podniosą się, celem obniżenia ich będą zbudowane kollektory. Co do zabezpieczenia Krakowa od powodzi, to roboty już częściowo są w toku, a mianowicie około koryta nowej Rudawy, gdzie są już na ukończeniu. Sprawa zabezpieczenia od powodzi może być rozwiązana na dwa sposoby: 1) obwałowanie obecnego koryta, 2) wykopanie przekopu od klasztoru Zwierzynieckiego aż po ujście Wilgi. Drugi projekt, obmyślony przez mowcę, zapewnia, zdaniem mowcy, większe korzyści, ale jest droższy. Dalej zwraca Prof. S. uwagę na zasadę kanalizacyi, t. j. spławność. Czy w przyszłości ze względu na Wielki Kraków woda w Wiśle zbyt kanalizacyą zanieczyszczona nie będzie, nie można wiedzieć, na razie jednak sprawa ze względu na koszta musi być tak załatwiona. Prof. S. zwraca uwagę, że Towarzystwo lekarskie powinno poprzeć prace radcy Kłeczka wobec magistratu i Rady miejskiej.

Przewodniczący dziękuje posłowi Sikorskiemu i odracza dalszą dyskusyę do przyszłego posiedzenia.

Kol. Janiszewski wnosi, by wybrać komitet z łona Towarzystwa z prawem kooptacyi, który będzie się zajmować sprawami sanitarnemi miasta. Wniosek przyjęto, a do komitetu zostali wybrani: Prof. Nowak, fizyk Janiszewski, kol. Bier, Prof. Browicz, Prof. Bujwid.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Posiedzenie d. 24. listopada 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 66.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita przybyłych gości, w szczególności Radcę Dworu inż. Ingardena, któremu udziela głosu w dalszym ciągu dyskusyi na temat: **Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego.**

Radca Dw. Ingarden na początku omawia przebieg pertraktacyi, dotyczących zabezpieczenia Krakowa od wylewów Wisły. Mowca uważa przeprowadzenie przekopu Wisły za szkodliwe dla Krakowa, a niepotrzebne dla odprowadzenia większej ilości wód. Przy regulowaniu rzeki należy obliczać największą możliwą objętość wód; otóż po takiem obliczeniu okazało się, że wały musiałyby bardzo wysokie, przez to bardzo kosztowne i szpecące miasto. — Projekt wypracowany w Namiestnictwie polega na przerzuceniu Rudawy poza Kraków i obwałowaniu, względnie obmurowaniu brzegów Wisły i na zmienieniu najwęższej krzywizny Wisły pod Wawelem. W projekcie tym nie zdecydowano się na przekop, bo pod względem hydrotechnicznym obydwa sposoby równomiernie wywiązują się z zadania, a na przekop potrzeba znacznej, nowej przestrzeni pod koryto, na starem zaś zasypanem korycie nie można przez dziesiątki lat budować. — Zaprowadzenie na starem korycie portu sprowadziłoby zastój wody; dalej urządzony już kollektor na Zwierzyńcu wywołałby podczas ulew dalsze zanieczyszczanie tejże wody. Wogóle mowca nie słyszał, by gdziekolwiek żyjącą rzekę z centrum miasta wyrzucano. Projekt przekopu jest przytem o wiele droższy. Wreszcie uważa mowca przeniesienie koryta za ujemne ze względów estetycznych i historycznych.

Przewodniczący dziękuje R. Dw. Ingardenowi i udziela głosu kol. Janiszewskiemu, który omawia naprzód sprawę kollektorów. Ponieważ w razie wielkiej wody na Wiśle, zawartość kanałów będzie wylewać się na miasto, — stąd konieczność zaprowadzenia kollektorów na wypadek powodzi. Obwałowanie koryta uważa mowca za niekorzystne nietylko ze względów estetycznych, ale i higienicznych, dlatego postawiono żądanie obmurowania Wisły.

R. Dw. Ingarden w sprawie urządzenia koryta zaznacza, że przekształcenie jest w projekcie przewidziane. Następnie objaśnia mowca sprawę funduszów, przeznaczonych na te sprawy.

Prof. Bujwid sprzeciwia się założeniu portu pod Wawelem ze względów sanitarnych, t. j. z powodu stagnacyi wody w porcie. Projekt radcy Ingardena przesuwa port dalej, w dzielnice przemysłowe. Równocześnie z tem zaprowadzenie porządnej kanalizacyi jest bardzo ważnym czynnikiem, jest ono jednak i ujemnem ze względu na wpływanie zawartości kanałów do Wisły. B. zwraca dlatego uwagę na biologiczne sposoby oczyszczania wód kanałowych. Jako higienista zwraca się B. przeciw zbytniemu zabudowywaniu nowych terenów, dlatego należałoby naprzód opracować plany. Sądzi, że wał kolei cyrkumwalacyjnej nadaje się na pas nowych plantacyi. Błonia powinny być niezabudowane. B. uważałby za niebezpieczeństwo, gdyby na gruntach pofortecznych powstały zakłady przemysłowe, wreszcie uważa za konieczne urządzenie terenów pod Krakowem na wycieczki.

Kol. Bier zajmuje się planem regulacyjnym placów pofortecznych. Omówienie planu ze stanowiska sanitarnego będzie dopiero możliwe po wypracowaniu tego planu. Na razie można tylko postawić niektóre wnioski, i tak B. zwraca uwagę na ustawę budowlaną, w której względy higieniczne powinny znaleść szersze uwzględnienie; uważa, że do proponowanych 4 stref należałoby jeszcze dodać piątą, t. j. handlową, a to głównie ze względu na przyszły port. Tow. lekarskie powinno współdziałać przy tworzeniu planu regulacyjnego miasta i projektu ustawy budowlanej. Mowca popiera również myśl utworzenia drugiego pasa plantacyi i oświadcza się za rozszerzeniem parku Jordana przez przyłączenie doń toru wyścigowego.

Kol. Prof. Ciechanowski zestawia wyniki dotychczasowych rozpraw, w których na pierwszym planie stanęło zapewnienie miastu dobrego powietrza i asanacya przyszłych terenów miejskich, głównie co do stanu wód gruntowych, a w związku z tem sprawa regulacyi Wisły pod Krakowem. Z wywodów obu autorów odmiennych projektów regulacyi, posła Prof. Sikorskiego i R. Dw. Ingardena zdaje się wynikać, że ze względu na stan wód gruntowych i zabezpieczenie przed powodzią, mające wielką doniosłość sanitarną, niema między obu projektami różnicy, a natomiast ma projekt rządowy (R. Dw. Ingardena) tę pod względem higienicznym wyższość, że nie odsuwa głównego koryta rzeki od miasta, nie utrudnia sprawy usuwania nieczystości (wyloty burzowe kolektorów) i nie stwarza w południowo-zachodniej części w bezpośredniem sąsiedztwie miasta dzielnicy handlowo-portowej ze wszystkiemi jej stronami ujemnemi. — W sprawie zdrowotności przyszłych terenów budowlanych na-

leży zwrócić uwagę oprócz wód gruntowych także na to, by zapobiedz zanieczyszczeniu dziewiczego dotąd gruntu przez substancye organiczne. Wszelkie prowizorya w postaci dołów kloacznych, kanałów tymczasowych, a co gorsza, otwartych ścieków, higiena stanowczo tu potępia, żądając wykonania naprzód systematycznej kanalizacyi, poczem dopiero można pozwalać na zabudowanie tak przygotowanej dzielnicy. Wynika stąd, że kanalizacya jest sprawą bardzo pilną i wynikłego stąd ciężaru finansowego gmina absolutnie nie zniesie bez pomocy subwencyi asanacyjnej rządowej i krajowej, która się słusznie należy miastu, więcej niż którakolwiek część kraju będącego przedmurzem sanitarnem dla kraju i państwa, jako stacya przejściowa na szlaku masowych ruchów ludności (emigranci zagraniczni, sezonowy ruch robotniczy, pielgrzymki z Galicyi do Częstochowy, a z Królestwa do Kalwaryi). Racyonalna jednak kanalizacya i wogóle asanacya musi się oprzeć od początku na ogólnym, dalszą przyszłość obejmującym planie regulacyjnym łącznie z nowelą budowlaną. — Co do sprawy dobrego powietrza w mieście, to jakkolwiekby zestawiać i przestawiać liczby, zawarte w wykazach urzędowych, dochodzi się zawsze do wniosku, że już obecnie ma dotychczasowy »mały« Kraków znaczny niedobór wolnej, niezabudowanej przestrzeni przy zaludnieniu 15.000 na 1 klm^2 i 688 ha obszaru, nawet, jeżeli się ograniczyć do minimalnych wymagań higieny (30 m^2 niezabudowanej przestrzeni na 1 mieszkańca). Stąd niema żadnej przesady w żądaniu, by w najbliższem sąsiedztwie »małego« Krakowa, w dawnej linii fortecznej, zostawić niektóre przestrzenie wolne w postaci parków lub plantacyi; jest to minimum żądań. Mowca uzasadnia szczegółowiej, dlaczego pod względem higienicznym korzystniejszy jest od zamkniętych skwerów jednolity pas plantacyi, jak to jest w Medyolanie, Bazylei, Bremie, Brunświku, i co higieniści przytaczają jako wzór urządzeń higienicznych w tym kierunku. Dalej, podając stosunek odsetkowy panujących przeważnie w Krakowie wiatrów i uwzględniając szczegóły topograficzne, wywodzi mowca, dlaczego całkowite zabudowanie błoń miejskich nie jest wskazane. — Szczęśliwym zbiegiem okoliczności utrzymała się dotąd w Krakowie sytuacya stosunkowo korzystna; dymna dzielnica fabryczna usadowiła się od wschodu i południa, dzielnica kolejowa od północy, nie zanieczyszczając powietrza dzięki przewadze wiatrów zachodnich; z zachodu zaś do najgęściej zabudowanej części Krakowa przypiera blizko znakomity zbiornik dobrego powietrza, Błonia. Nie powinno się więc psuć tego, co dotąd szczęśliwym trafem jest dobre.

Należałoby więc jak najusilniej poprzeć wnioski kol. Nowaka i Janiszewskiego, dotyczące 1) konieczności subwencyi asanacyjnej ze strony rządu i kraju, 2) oparcia całej akcyi od początku na systematycznym planie regulacyjnym, a nadto 3) oświadczyć się za plantacyami wzdłuż dawnej linii fortecznej i 4) uznać, że całkowite zabudowanie Błoń nie jest wskazane. Całą sprawę powinna jednak jeszcze dokładnie rozważyć wybrana na poprzedniem posiedzeniu komisya higieniczna i przygotować dojrzale obmyślane rezolucye. W tym kierunku stawia mowca wniosek formalny, który przez aklamacyę uchwalono.

Kol. Gertler oświadcza się za obsadzeniem nowych plantacyi drzewami szpilkowemi, celem uzyskania powietrza ozonowego.

Przewodniczący zamyka dyskusyę, i dziękuje wszystkim gościom i kolegom za czynny udział. Sekretarz: *Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXIII. posiedzenie naukowe d. 26. listopada 1909.

Kol. Prof. Kučera: **Pogląd na fakty i teorye w nauce o odporności** (część II).

XXXIV. posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorą z **pęcherzycą** łuszczącą się, która przechodzi w pęcherzycę zwykłą; *b*) chorą z **liszajem rumieniowatym** rozsianym (*lupus erythematosus disseminatus s. aggregatus*). — W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Gluziński i prelegent.

II. Kol. Feuerstein L. przedstawia chorą z **trądzikiem bromowym**. — W dyskusyi zabierali głos: Kol. Prof. Biernacki, Łukasiewicz i prelegent.

III. Kol. A. Rydygier (jun.) przedstawia chorych: *a*) po operacyi **mięsaka czaszki** dużych rozmiarów; *b*) po **wycięciu odźwiernika** z powodu przypuszczenia raka. — W dyskusyi kol. Prof. Rydygier podnosi wartość i korzyści uzyskane przy wycięciu odźwiernika; kol. Prof. Gluziński skłania się więcej ku gastro-enterostomii. Obaj omawiają stosunek raka do wrzodu okrągłego żołądka. Kol. Hornowski omawia obraz histologiczny zmian, znalezionych przy badaniu wrzodu żołądka, operowanego przez kol. Rydygiera (jun.). Kol. Prof. Herman mówi o znaczeniu sposobu Gluzińskiego w przypadkach raka żołądka. Kol. Prof. Schramm opisuje przypadek operowanego mięsaka czaszki u dziecka, bez nawrotu, mimo że już 9 lat minęło od operacyi.

IV. Kol. Reis: **O przewlekłym nieżycie spojówek wywołanym dwuprątkiem Morax-Axenfelda.** R. przedstawia chorych, preparaty drobnowidowe i podaje wyniki badań przeprowadzonych w 300 przypadkach, z których w 85 znalazł wspomniane prątki. — W dyskusyi przemawiał kol. Prof. Machek.

Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie w d. 6. listopada 1909.

Prezes radca Dr F. Chłapowski wita przybyłych licznie kolegów i gości z Królestwa, następnie zdaje sprawę z pierwszego Zjazdu polskich neurologów i psychiatrów w Warszawie, gdzie wraz z Drem Szumanem z Kowanówka reprezentował Wydział lekarski. Na przewodniczących Walnego Zebrania wybrano Dra Malinowskiego z Warszawy, Dra Krzymuskiego z Kalisza i Dra Szumana z Torunia.

1) Dr Mieczkowski przedstawia: *a*) **ogromny kamień pęcherzowy**, wyjęty u 60-letniego chorego; *b*) **okrężny wrzód goleni** wielkich rozmiarów. — W dyskusyi zaznacza Dr Szuman, że spostrzegał przypadek podobnego wrzodu goleni, gdzie mimo amputacyi bole pozostały zlokalizowane w dawniejszem miejscu wrzodu. Dr Łazarewicz przypomina polecany w »Berl. Klinik« opatrunek z kleju cynkowego Beiersdorfa. R. Dr Chłapowski zaznacza, że wskazanie do ew. amputacyi musi być zależne od ogólnego stanu. Dr Malinowski stosował sam często klej cynkowy Unny, ale tylko przy niewielkich owrzodzeniach widział dobre wyniki. Obecnie stosuje proszek kamforowy; radzi spróbować Roentgena. Dr Karwowski podnosi konieczność równego ucisku przez odpowiednie opatrunki. Sam miał dobre wyniki, mianowicie przy bolesnych wrzodach na kostce, używając następującej maści według starego przepisu: *Arg. nitr. 1·0, Bals. peruv. 3·0, Lanolin 30·0, M.f.ung.* Maść ta pobudza ziarninę, a zarazem łagodzi bardzo bolesność. Dr Szafarkiewicz chwali okrojenie wrzodu (*circumcisio*), które dało mu bardzo dobre wyniki, nawet gdy wrzód miał wielkość dłoni.

2) Dr Malinowski z Warszawy: **Choroby płciowe a małżeństwo.** Na wstępie podnosi prelegent doniosłość walki z chorobami wenerycznemi, mianowicie ze względu na szkody, które wyrządzają w małżeństwie. Następnie omawia zapatrywania na dziedziczność i przeniesienie się kiły i zmiany w poglądach na prawa Profeta i Collesa. Dziedziczność może przejść aż do czwartego pokolenia, jak stwierdził Tarnowski na podstawie spostrzeżeń u 26 rodzin. Dotąd tylko systematyczne leczenie rtęcią może uchronić jednostkę od przeniesienia kiły później w małżeństwie. Termin oznaczył Fournier na 4, Amerykanie na 2, Herxheimer nawet na 10 lat od czasu zakażenia się. Co do wiewióra, to niestety niedoceniają jego ważności nawet lekarze. Zarazki nieraz po 5—15 latach jeszcze dadzą się stwierdzić. 70% bezpłodności małżeństw jest skutkiem obustronnego zapalenia najądrza wzgl. jajników. Odpowiedź na zapytanie, kiedy osoba, zarażona kiłą, może się żenić, nie jest tak łatwa. Próba Wassermanna pod tym względem nie daje bezwzględnie pewnych wskazówek, ponieważ dowodzi tylko, że badana osoba przechodziła kiłę, nie rozstrzyga zaś, czy kiła ta jeszcze jest w okresie przenośności. Także z wiewiórem jest wiele trudności. Nieraz cały szereg badań wypada ujemnie, a naraz znów dwoinki się pojawiają. U kobiet rozpoznanie wyleczenia wiewióra jest jeszcze trudniejsze, jak się M. przekonał, badając prostytutki w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Mowca kończy apelem do lekarzy praktycznych, żeby nie lekceważyli chorób, tak zdradliwych.

W dyskusyi Dr Łazarewicz potwierdza zdanie mówcy, że obecnie poglądy na prawa Collesa i Profety zmieniły się dzięki próbie Wassermanna. Jeźli dawniej mniemano, że łożysko

nie przepuszcza zarazków, to obecnie dzięki badaniom kliniki Bumma wiemy, że krętki mogą się znajdować w łożysku. Dr Karwowski ubolewa nad lekceważeniem chorób wenerycznych przez wielu lekarzy, polegającem na niedostatecznej znajomości tych chorób. Tak co do leczenia, jak badania popełnia się niestety największe błędy. Lekarz, który bez mikroskopowego sumiennego, kilkorazowego badania pozwala się żenić choremu po wiewiórze, jak i ten, który przy kile nie uświadomi chorego o konieczności kilkurazowych kuracyi rtęciowych, postępuje wprost niesumiennie. Dr Święcicki potwierdza konieczność badania drobnowidowego. Nie sama jednak nieobecność dwoinek wystarcza, także ciałka ropne powinny o ile możności być usunięte z wydzieliny, ponieważ często dwoinki są utajone, o czem znów świadczy często obecność ciałek ropnych. Dr Zakrzewski zwraca uwagę, że nietylko mężczyźni powinni liczyć się z przebytemi chorobami płciowemi, gdy chcą się żenić, ale i kobiety; jako przykład przytacza przypadek utajonego wiewióra u panny, która leczyła się rzekomo na żołądek. Sądzi, że dla kobiet byłyby bardzo pożądane w tych razach lekarki. Dr Falgowski podnosi trudność stwierdzenia dwoinek nawet w świeżym wiewiórze u kobiet. Badanie upławów nieraz nie wystarczy, wtedy wypada wyskrobać błonę śluzową i w niej szukać gonokoków. Dr Pomorski radzi zapatrywać się mniej czarno na stosunek chorób wenerycznych do małżeństw. Próba Wassermanna nie zawsze jest pewna. P. zapytuje, co ma czynić rząd, żeby zapobiedz szerzeniu się chorób wenerycznych. Dr Szuman stwierdza bezowocność przymusowego badania. Dr Malinowski odpowiada kolejno na podniesione w dyskusyi sprawy. Próbę Wassermanna wykonał 500 razy i kilka razy znalazł wynik dodatni, gdzie nie było kiły. Wyskrobanie błony śluzowej dla rozpoznania wiewióra w ostrych przypadkach uważa za niebezpieczne. Nie rząd, lecz społeczeństwo powinno baczyć, by się choroby weneryczne nie szerzyły.

3) Dr Jarnatowski przedstawia udatne **preparaty drobnowidowe ciałek Prowazeka przy jaglicy**, odkrytych w r. 1907. Tylko świeże przypadki nadają się do badania.

4) Radca Dr Chłapowski przedstawia trociczki »Enskol«, których fabrykę założył w Lubostromiu ordynat hr. Skórzewski. Trociczki te, z igliwia itd. złożone, wydają przyjemny dym, który ma działać korzystnie na płuca.

5) Dr Falgowski przedstawia: *a*) **włókniaka jajnika**, wyjętego przy znieczuleniu lędźwiowem; u starszych osób znieczulenie to nie wystarcza wskutek braku dostatecznej ilości płynu rdzeniowego, by znieczulający środek się rozszedł; *b*) **ropniaka jajowodu**; *c*) **mięśniaka podśluzowego** macicy; *d*) prawostronną **ciążę zewnątrzmaciczną**; *d*) dużą macicę z **włókniakiem**.

6) Dr Szuman z Kowanówka wygłasza wykład: **O wzburzeniach wzruszeniowych i stanach autohypnotycznych w przypadku histeryi urazowej**. Mówca opisuje dokładnie stan chorego, który wskutek wstrząsu w rozbitym pociągu dostał napadów bardzo znamiennych. Chory deklamował ustępy z Wyspiańskiego i okazywał brak altruistycznych pobudek. Po napadzie następowała zupełna apatya. Twarz podczas napadu miała wyraz maski, chory pozbawiony był podczas tego zupełnie woli. Po napadzie, który trwał ułamek minuty do 10 minut, przejście do stanu prawidłowego następowało zupełnie nagle.

7) Dr Pomorski przedstawia na rysunkach nadzwyczaj ciekawy przypadek **wydalenia nieżywego płodu po przez powłoki brzuszne** i to przez otwór ropnia. Chodziło o kobietę 38-letnią, piąty raz ciężarną. W 8. miesiącu dostała krwotoku, który ustał, poczem znowu chodziła. Dnia 16. X. utworzył się ropień, który pękł 23. X. i ukazały się wnętrzności, poczem przez otwór wrzodu jak przy połogu ukazał się płód, okryty błonami. Mówca płód wyjął i oddzielił łożysko (przodujące). Chora przeszła ten niezwykły poród i przychodzi do zdrowia.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy uprasza kolegów krakowskich, ażeby leczyli bezpłatnie tylko tych członków Towarzystwa wzaj. pomocy uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy się wykażą potwierdzeniem prezydyum tego Towarzystwa, że są rzeczywiście ubodzy i zasługują na bezpłatne leczenie.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza bojkot posady prymaryusza w Deutsch-Liebau na Morawach. Wśród posad, co do których bojkot trwa dalej, znajduje się posada w Piotrowicach na Śląsku. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. XII. do 11. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Dobromil (Żohatyn 3), Gródek jag. (Stawczany 3), Jaworów (Nakoneczne ad Jaworów 7), Kałusz (Dołżka 2), Kamionka (Kamionka 1), Rawa (Magierów 1), Skałat (Krasne 1), Stryj (Dzieduszyce wielkie 1), Śniatyn (Zabłotów 3), Zborów (Grabkowce 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5. XII. do 11. XII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 3 † —), płonicy 30 † 6 (8 † 3), odry 107 † 3 (1 † —), duru brzusznego 14 † 3 (3 † —), czerwonki 1, gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. XII. do 11. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych 7 † —), krztuśca 2, płonicy 13 † 2 (6 † 2), duru brzusznego 14 † 3 (10 † 3), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1), nagm. zapalenia opon — † 1 (— † 1), róży 4 † 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 21. XI. do 27. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 42 † 9, odry 8 † 1, płonicy 15, błonicy 10 † 1, róży 14 † 1, duru brzusznego 11 † 3, duru plamistego 5, grypy 5. (*Gaz. lek.* Nr 50).

Postępy walki z gruźlicą u nas.

Sprawa walki z gruźlicą, jako klęską społeczną, stała się u nas, jak wiadomo, głośniejszą dopiero właściwie około r. 1900, czego wyrazem było utworzenie sekcyi przeciwgruźliczej i świetny wykład Prof. Baranowskiego na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie. Przedtem nie brakło wprawdzie usiłowań podjęcia tej walki, wszelako były to objawy oderwane, starania podejmowane przez jednostki, wobec których społeczeństwo zachowywało się dość obojętnie. Dopiero po r. 1900 zaczyna się zaznaczać szerszy ruch na tem polu, w którym przoduje Królestwo. Można mieć nadzieję, że obecnie i w Galicyi rozwinie się szersza akcya od czasu, gdy »Towarzystwo walki z gruźlicą«, zbudziwszy się do nowego życia, rozszerza swe zadania na cały kraj.

W swoim czasie podaliśmy w innej rubryce wiadomości o pięknym początku akcyi w kierunku tworzenia dyspensoryów i tanich ludowych sanatoryów, podjętej przez ruchliwe i energiczne stołeczne Koło »Towarzystwa walki z gruźlicą« we Lwowie, liczące już dziś kilkuset członków i mogące się pochlubić wynikami pierwszego sezonu uzdrowiska w Hołosku. Dzisiaj zaś, zdając sprawę z dotychczasowej działalności krakowskiego, pierwszego na prowincyi, Koła tegoż Towarzystwa, można tem samem stwierdzić, że Towarzystwo faktycznie rozpościerać poczyna swą działalność na większe terytoryum; dochodzą też już wieści o organizowaniu się dalszych kół Towarzystwa — z inicyatywy lekarzy — w innych większych miastach galicyjskich, z których najwcześniej, jak się zdaje, zawiąże się i rozpocznie działalność praktyczną Koło tarnowskie.

Dotychczasową pracę Koła krakowskiego opisuje Dr Tomasz Janiszewski w broszurze, wydanej świeżo własnym nakładem autora.

Początek całej sprawie dał wykład Dra Janiszewskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w r. 1908, poczem po porozumieniu się z Towarzystwem walki z gruźlicą we Lwowie i przeprowadzeniu zmian jego statutu, zawiązało się Koło krakowskie 21. czerwca 1909. Przystępując do wykonania swych zadań, postanowiło Koło krakowskie położyć główny nacisk na zapobieganie gruźlicy i w tym celu, nie zaniedbując innych sposobów walki z gruźlicą, zająć się przedewszystkiem dziećmi, zagrożonemi gruźlicą. Dla dzieci tych pragnęło Koło utworzyć stacyę leśną, dokądby dziatwę na cały dzień można było wysyłać. Po starannem zbadaniu okolic znaleziono stosowne miejsce w lesie grodkowickim, gdzie parę morgów na użytek stacyi ofiarował bezinteresownie właściciel, p. Żeleński; znalazły się i środki dzięki szlachetnej ofiarności p. Dra Zygmunta Kostkiewicza. Po-

nieważ jednak koszt przewozu dzieci byłby znaczny, a na podanie o zniżenia kolejowe odpowiedź nie nadchodziła, przeto, by nie zmarnować lata, postanowiono skorzystać tymczasem z parku Jordana, w lecie stojącego prawie pustką, a mającego lepsze bądź co bądź niż w mieście powietrze i gotowe potrzebne urządzenia (werandy, tusze, wodociąg, ustępy, kuchenkę i t. p.). Miasto zezwoliło na użycie Parku: dyrekcya tramwajów z wielką gotowością, dzięki uprzejmości dyrektora p. Fischera, udzieliła dziatwie bezpłatnego przejazdu; staraniem p. Dziewickiej utworzył się komitet pań, który zorganizował gospodarstwo stacyi. Z dostarczonej przez Magistrat listy dzieci najuboższych wybrał Dr Janiszewski na zasadzie badania lekarskiego te, które, nie okazując jeszcze objawów gruźlicy, były szczególnie zagrożone.

Wysyłanie dzieci rozpoczęto 23. lipca, przerwano z powodu zimna 1. października. Dzieci, przyprowadzane i odprowadzane ze stacyi tramwaju w Rynku przez matki, spędzały pod nadzorem opiekunki 9 godzin dziennie (8 do 5 pop.), otrzymując śniadanie i pożywny obiad i przebywając cały czas na powietrzu (w dni słotne na otwartej werandzie). Wszystkich dzieci było 43; dni pobytu w parku było razem 1107. Wiek dziatwy wynosił od 3—9 lat. Dzieci te pochodziły z 22 mieszkań, w których średnio wypadało po 8·4 m^3 przestrzeni na mieszkańca (w więzieniach przyjmuje się 22 m^3 na osobę); minimum wynosiło 2·64 m^3! Utrzymanie dzieci wyniosło ogółem wraz z pensyami i utrzymaniem służby 742·80 kor., czyli na dzień i głowę 67·1 hal. Poprawa stanu zdrowia wysyłanych dzieci była bardzo widoczna i zaznaczała się także wyraźnie przybytkiem wagi ciała.

W roku przyszłym zamierza »Koło« wysyłać do parku więcej dzieci, około 100 i to przez 5 miesięcy, pobierając ze względów zasadniczych drobną opłatę (2—5 hal. dziennie) od rodziców tytułem »zwrotu« za wikt.

Zarząd »Koła« wyszukał stosowne miejsce na stałe sanatoryum dla ubogich chorych gruźliczych, co w nizkich i wilgotnych okolicach Krakowa nie było łatwe; najlepszy okazał się kawałek lasu rządowego w pobliżu st. Podłęże. »Koło« ma nadzieję przystąpić w r. p. do budowy pawilonów i werand na razie na 20 osób; na budowę udzieliła gmina m. Krakowa subwencyi w kwocie 1500 kor.

Po uzyskaniu stałej subwencyi rocznej od Rady m. Krakowa mogłoby »Koło« przystąpić do urządzenia dyspensoryum i muzeum gruźliczego. Obecnie środki »Koła«, liczącego dotąd 81 członków, są jeszcze skromne; na razie rozporządza »Koło« kwotą 4235·60 kor. i skromnym inwentarzem, powstałym z ofiarności prywatnej. Mimo jednak skromnych zasobów zdołało »Koło« przecież już cośkolwiek zdziałać. Powinnoby to być zachętą do tworzenia się »Kół« wszędzie, gdzie są ludzie dobrej woli, rozumiejący doniosłość rozpoczętej przez »Towarzystwo walki z gruźlicą« ogólnokrajowej akcyi. A przecież rozumieją to przedewszystkiem lekarze; do nich należy tu rzecz rozpoczynać i w pracy przodować i tego zaszczytnego obowiązku — jesteśmy pewni — dopełnią.

Dla poparcia akcyi przeciwgruźliczej, uchwaliły Rady powiatowe w Stanisławowie i Łańcucie, oraz Bank hipoteczny we Lwowie znaczniejsze datki na sanatoryum nauczycielskie, którego budowy podjęło się krajowe Ognisko nauczycielskie. Zachęcony tem komitet, na którego czele stoi marszałek St. hr. Badeni, wystosował obecnie prośby o subwencye do wszystkich Rad powiatowych i miejskich, jakoteż większych instytucyi finansowych. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krak. odbyło d. 15. XII. 1909 posiedzenie, na którem do Zarządu Towarzystwa wybrani zostali na rok 1910: prezesem: Prof. Wicherkiewicz, wiceprezesem: Prof. Bochenek, sekretarzem dorocznym: Dr Władysław Bujak, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« Prof. Ciechanowski (ponownie), do komisyi redakcyjnej: Prof. Krzyształowicz, Prof. Rutkowski, Dr B. Wojciechowski, (wszyscy ponownie) i Dr Eisenberg, gospodarzem domu: Doc. Seńkowski (ponownie), przewodniczącym komisyi bojkotowej: Prof. Wicherkiewicz, przewodniczącym komisyi przemysłowej: Dr Bielański (ponownie), do komisyi rewizyjnej: Dr Cercha, Dr Bielański (ponownie), do Rady nadzorczej Tow. lek. galic.: Prof. Browicz i Prof. Bylicki, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Prof. Browicz, Prof. Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dobrowolski, Prof. Kostanecki, Dr Kwaśnicki, Dr Landau Jan, Dr Surzycki, Prof. Wicherkiewicz. zastępcami delegatów: Prof. Bochenek, Prof. Reiss, Dr Schoengut, Dr Wachtel. — Następnie w dalszym ciągu dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza przemawiali: Dr Eisenberg, Prof. Godlewski, Prof. Nowak i prelegent.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego dziękuje serdecznie WP. Drowi Pragerowi w Maryenbadzie za 24 tomów dzieł lekarskich, ofiarowanych bibliotece, jak również Drowi Janowi Kudasowi w Sańskim Moście w Bośni za ofiarowane bibliotece książki.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

Lwów. Komisya sanitarna miejska obradowała 11. XII. ponownie nad trwającą w mieście epidemią płonicy, uchwaliła zasady zwalczania epidemii w szkołach (gruntowne zbadanie i oczyszczenie szkół w czasie feryi świątecznych, odwiedzanie dzieci, które przez 5 dni nie były w szkole, przez lekarza miejskiego dla stwierdzenia, czy nie zapadły na chorobę epidemiczną, zamykanie klas na 8 dni i odkażanie po każdym przypadku płonicy), postanowiła poprzeć prośbę Koła ginekologów o subwencyę miejską na kursa uzupełniające dla położnych, wreszcie uchwaliła regulamin dla krowiarni.

Z różnych stron. »Münchener med. Wochenschrift« pomieszcza w Nrze 49. artykuł Prof. W. Jaworskiego i Doc. Męsowicza: »O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego«, dodając od siebie, że podniesione przez autorów postulaty są słuszne, a że należałoby tylko złagodzić zarzuty, czynione przez autorów przemysłowi farmaceutycznemu, ponieważ znaczna część przemysłowców w tej gałęzi poważnie stara się o przeciwdziałanie kłamliwej, pseudonaukowej reklamie.

— W budżecie niemieckiego ministerstwa spraw wewn. przeznaczono na r. 1910 na zwalczanie duru 175.000, na badania pierwotniaków 10.000, na badania kiły 30.000, na zwalczanie śmiertelności niemowląt 40.000, na badanie i zwalczanie gruźlicy 100.000, na kursa lekarskie 10.000, na ces. Urząd zdrowia 838.840 marek.

— Nagrodę Nobla z zakresu medycyny otrzymał Prof. Kocher z Berna.

— W grudniu r. b. odbędzie się w Petersburgu Zjazd psychiatryczny, a w Moskwie Zjazd przyrodniczo-lekarski. Na obydwa Zjazdy otrzymał zaproszenie »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu.

— Uroczyste otwarcie uniwersytetu w Saratowie nastąpi 6/19. XII. b. r.

— Liczba miejsc w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ma być zwiększona z 750 na 1000.

Mianowani: Dr Eugeniusz Mandybur i Dr Adolf Wolf starszymi lekarzami powiatowymi na Bukowinie.

Powołani: higienista Prof. Neumann z Heidelbergu do Giessen.

Zmarli: okulista Prof. Saemisch w Bonn;

Dr Edward Krzyżanowski, wicemarszałek Rady powiatowej buczackiej, zasłużony pracownik na polu społecznem i higienicznem, w Wiedniu;

Dr Henryk Balabayder, jeden z pierwszych wychowańców Wydziału lekarskiego lwowskiego, asystent kliniki lekarskiej, lekarz dyspensoryum Towarzystwa przeciwgruźliczego, w 35. r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Julian Nowak: Über die v. Behring'sche Tuberkulose-Schutzimpfung von Rindern, über ihre theoretische Grundlage und ihren Wert in der praktischen Anwendung. »Zeitschr. f. Infektionskr. u. Hyg. der Hausthiere« 1909. — III. Sprawozdanie »Koła medyków wszechnicy lwowskiej« za r. 1908/9. — R. Spira: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia biernego metodą Biera. »Tyg. lek.« 1909. — Pappée: Pozapłciowe zakażenie kiłą. 1909. S. Serkowski: Z nowych prądów bakteryologii współczesnej. »Nowiny lek.« 1909. — Janiszewski: Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą. 1909. — Hojnacki: Hygiena kobiety. Wydanie III powiększone. Lwów 1910. — Adamkiewicz: Über den gegenwärtigen Stand der Krebsfrage. (Wykład na Zjeździe niem. lekarzy i przyrodników w Kolonii 1908).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dra R. Brichta, państw. lekarz kolejowy. (Mediz. Bl. 1909, Nr 45). Liczne przypadki idyosynkrazyi i, mimo ostrożności, podrażnienia nerek wskutek używania dłuższego środków balsamicznych, skłoniły autora do stosowania arhoviny przy leczeniu wiewióra. Podnieść należy, że arhovina nie jest środkiem balsamicznym, lecz przetworem złożonym z diphenylaminu, będźwinianów etylowego i thymylowego. Produkta jego rozszczepiania się przechodzą do moczu, podnosząc jego kwaśność. W przebiegu ostrego wiewióra ma fakt ten znaczenie, ponieważ bakterye tem trudniej rozwijają się w moczu, czem wyższa jego kwaśność. Obok tego pośredniego działania ma wielką wartość działanie bezpośrednie na błonę śluzową całego przewodu moczowego. Arhovina posiada zatem zalety balsamicznych środków, nie wywiązując działań ubocznych, tamtym właściwych. Przy leczeniu miejscowem stosuje się 5 kapsułek po 0,25 gr dziennie. Działanie jest równie dobre przy wiewiórze u kobiet, jak u mężczyzn. Także przy wiewiórze przewlekłym wpływa arhovina korzystnie na dolegliwości. *Hr. W.*

Szanowny Panie Kolego!

Jednym z najważniejszych warunków rozwoju medycyny polskiej jest, aby ogół naszych lekarzy mógł się zapoznać z **ogólnym obrazem naszego własnego dorobku w zakresie nauk lekarskich**, zarówno. jak z **postępem tych nauk zagranicą.** O ile nasze czasopisma wypełnią oba te zadania, o tyle też zdołają **wyprzeć czasopisma obce tam, gdzie to bez szkody dla czytających kół lekarskich stać się może i powinno.**

Od lat kilku zmierzał »Przegląd lekarski« w miarę swych sił do tego, aby zadania te coraz więcej wypełniać, a usiłowania te zyskały poparcie autorów i uznanie czytelników; dzięki temu poparciu powiodło się też już dotąd przeprowadzić takie zmiany i ulepszenia, że »Przegląd lekarski« istotnie **odzwierciedla przynajmniej w głównych zarysach całość ruchu umysłowego w polskim świecie lekarskim** i że stał się **najpoczytniejszem z polskich czasopism lekarskich.**

Niemało przyczyniło się do tego **połączenie „Przeglądu lekarskiego“ z „Czasopismem lekarskiem“ łódzkiem** w r. 1909, w czem również czerpie »Przegląd lekarski« otuchę, że droga, którą postępuje, została uznana za dobrą przez szersze koła lekarzy polskich i **cały szereg Towarzystw lekarskich polskich**, które »Przegląd« połączony z »Czasopismem« **za swój organ obrały.**

W dziale **artykułów oryginalnych** skupił »Przegląd lekarski« połączony z »Czasopismem« autorów polskich **ze wszystkich dzielnic** i z zagranicy, jednocząc uczniów różnych szkół i pozwalając rozmaitym ościennym wpływom intelektualnym na naszą medycynę wzajemnie się równoważyć. Uwzględniając w tym dziale, o ile to w naszych warunkach możliwe, przedewszystkiem **potrzeby lekarzy praktycznych**, nie zaniedbuje jednak »Przegląd lekarski« swych obowiązków względem nauk t. zw. teoretycznych, a rozprawy z tego zakresu otrzymuje każdy czytelnik »Przeglądu« w postaci **„Rocznika lekarskiego“**, wydawanego w Krakowie staraniem Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. i Towarzystwa lekarskiego krak. i ofiarowanego prenumeratorom »Przeglądu lek.« jako **premium bezpłatne.** W 4 latach: 1906—1909 otrzymali czytelnicy »Przeglądu« oprócz około 400 arkuszy tekstu »Przeglądu« jeszcze 6 zeszytów »Rocznika«, stanowiących razem pokaźny tom, z 22 tablicami, 2 mapami i 69 rycinami w tekście.

W dziale **ocen i sprawozdań** pomieszcza »Przegląd« **sprawozdania poglądowe**, rzucające światło na współczesny stan pewnych **zagadnień naukowych i praktycznych, będących na porządku dziennym** (jak n. p. w ostatnich latach opracowane w tym dziale: sprawa leczenia zastoinowego, sprawa znieczulania, leczenie czerwonki surowicą, sprawa »roznosicieli« duru, fermentoterapia i hematoterapia nowotworów, oftalmodyagnostyka gruźlicy, sprawa krętka bladego jako pasorzyta kiły, sprawa cystynuryi, fizyologia i patologia nadnercza, sprawa cięcia przyłonowego, sprawa odkażania rąk, etyologia i rozpoznawanie przyczynowe gruźlicy i i.).

Przegląd bieżącego piśmiennictwa od lat kilku jest przedmiotem usilnych starań; zawarte w nim streszczenia, uporządkowane według działów, a w każdym dziale ile możności według pokrewieństwa przedmiotów, opracowują liczni współpracownicy pod kierunkiem osobnego grona sprawozdawczego, złożonego z doświadczonych sił zawodowych, przeważnie profesorów i docentów Uniw. Jag. W dziale tym, zwracając uwagę na **ożywienie i aktualność,** stara się »Przegląd« o **bieżącym ruchu piśmienniczym zawiadamiać swych czytelników jak najrychlej.**

Z zapisków o nowych lekach, narzędziach, sposobach leczenia i badania, starano się usunąć te przetwory i sposoby, których chwilowy rozgłos jest dziełem reklamy, a zarazem dział ten rozszerzono i urozmaicono.

W sprawozdaniach z Towarzystw naukowych jest obecnie »Przegląd« połączony z »Czasopismem« odbiciem ruchu **wszystkich polskich Towarzystw**, podając wiadomości z posiedzeń **Akademii Umiejętności w Krakowie**, **Towarzystwa naukowego warszawskiego** i sprawozdania z Towarzystw lekarskich w **Krakowie**, **Lwowie**, **Poznaniu**, **Warszawie**, z sekcyi Towarzystwa **lekarzy galicyjskich**, z **Towarzystw prowincyonalnych Królestwa polskiego**, z Towarzystw polskich w **Kijowie**, **Petersburgu i Chicago**.

W coraz większym zakresie stara się też »Przegląd« podawać sprawozdania ze **Zjazdów lekarskich polskich i zagranicznych**.

W **feljetonie** odzwierciedlał »Przegląd« ważniejsze **sprawy publiczne**, z medycyną związek mające, pomieszczał wiadomości z **zakresu historyi medycyny** i t. p.

Dział **spraw zawodowych**, znacznie rozszerzony, pomieszcza wiadomości o **całym ruchu zawodowym we wszystkich dzielnicach** polskich i o ważniejszych jego przejawach zagranicą. Poruszone tu przez »Przegląd« sprawy stały się kilkakrotnie punktem wyjścia szerszej akcyi, doprowadzającej do praktycznych wyników, jak n. p. w sprawie reformy szpitalnictwa, pomocy położniczej w Galicyi, walki z gruźlicą, Najwyższej Rady zdrowia i t. p. W tym dziale uwzględnia też »Przegląd« ile możności **medycynę i higienę społeczną** i podaje **źródłowe i świeże wiadomości ze statystyki lekarskiej**.

W dziale **wiadomości bieżących** starał się zawiadamiać »Przegląd« swoich czytelników w równym stopniu o tem, co się dzieje w **każdej z dzielnic** Polski i podawał ważniejsze nowiny zagraniczne.

W dziale **bibliograficznym** podawał »Przegląd« co miesiąc spis prac oryginalnych polskich.

Ze względów na **higienę oczu i wygodę czytelników** ulepszony został od r. 1907 druk »Przeglądu«, a **dalsze udoskonalenia** nastąpią w r. 1910.

Starając się o dalsze ulepszenia, zmierzać będzie »Przegląd« połączony z »Czasopismem« wytrwale do tego, aby zbliżając się krok za krokiem do zamierzonego celu, **stawać się dla ogółu lekarzy coraz użyteczniejszym**, aby, o ile to możliwe, **rzeczywiście zaspokajać** coraz bardziej **ich potrzeby** i aby **służbę swą dla nich pełnić coraz lepiej**.

Jednakże powodzenie tych zamiarów zależy wyłącznie tylko od moralnego i materyalnego poparcia, jakiego ogół lekarski polski dążeniom tym i usilowaniom udzieli. To też o to poparcie zwracamy się do wszystkich lekarzy polskich z całem zaufaniem, że podzielają oni przekonanie o potrzebie i pożytku naszych usilowań i że to przekonanie objawi się czynnie i skutecznie.

Prenumerata „Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego" wynosi rocznie w Austryi 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 franków. — W Ameryce północnej rocznie $4\frac{1}{2}$ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.

Oprócz **bezpłatnego premium**, jakiem jest **„Rocznik lekarski"**, korzystać mogą prenumeratorowie, **abonujący „Przegląd** oraz **Czasopismo lekarskie"** wprost w Administracyi, z następujących ułatwień:

Prenumeratorowie „Przeglądu oraz **Czasopisma lekarskiego" otrzymywać mogą w r. 1910** wychodzący od r. 1908 kwartalnik **„Przegląd pedyatryczny" za połowę ceny prenumeracyjnej** t. j. 2 rbs., 5 koron, 4·50 mk. rocznie. Zgłoszenia w tym względzie należy adresować **wprost do Administracyi tego kwartalnika** (Kraków, Strzelecka, Szpital św. Ludwika).

Ci prenumeratorowie »Przeglądu oraz Czasopisma Lekarskiego« którzy pragną prenumerować zarazem wychodzące w Poznaniu **„Nowiny Lekarskie"**, mogą w r. 1910 otrzymać oba pisma za cenę zniżoną **30 kor. rocznie za oba pisma**. Zniżenie to przysługuje atoli wyłącznie przy zamówieniu wprost w Administracyi pisma.

Numera okazowe „Przeglądu oraz Czasopisma lek." wysyła się na żądanie niezwłocznie.

Administracya
„Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego"
Kraków, ul. Dunajewskiego 2.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1910

pod redakcyą Prof. Dra L. K. Glińskiego wyszedł i zawiera następujące działy: 181

Kalendarz kościelny. Spis ważniejszych środków lekarskich. Podręcznik terapeutyczny. Skorowidz leków w podręczn. terap. Długość okresu wylęgania i zaraźliwości w chorob. zakaźn. Najwyższe dawki środków leczniczych. Dawki przeciętne dla dzieci. Porównanie dawki leków według wieku chorych. Waga różnych dawek. Wzrost i waga człowieka. Tablica brzemienności. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży. Tablica wyrzynania się zębów. Badanie bystrości wzroku i refrakcyi. Wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii. Badania kliniczne. Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach. Sztuczne oddychanie. Otrucia. Uwagi psychiatryczne. Ocena stopnia niezdolności do pracy wskutek wypadków. Uwagi sądowo-lekarskie. Wymiar należytości lekarsk. i weterynar. Tabela porównawcza zdrojowisk polskich ze zdrojow. niemieck. i innemi zagranicz. Część informacyjna: Naczelne władze sanitarne. Władze, Stowarzyszenia, Zakłady i t. d. lekarskie w Krakowie i we Lwowie. Spis lekarzy według miejsca zamieszkania. Alfabetyczny spis lekarzy. Skala stemplowa. Opłata listów i telegramów.

Egzemplarz w płótno oprawny 3 K. 60 h., z przesyłką pocztową zwykłą 3 K. 80 h., poleconą 4 K. 05 h. — Egzemplarz w oprawie skórkowej ze złoconymi brzegami 4 K., z przesyłką pocztową zwykłą 4 K. 20 h., poleconą 4 K. 45 h. — Oprawa Kalendarza wykonaną została w znanym zakładzie introligatorskim p. R. Jahody.

Do nabycia w księgarni **Krzyżanowskiego**, Kraków, Linia A—B. Tel. 150, lub w **Redakcyi**, Kraków, Collegium Medicum. Tel. 166 g.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie. i we wszystkich księgarniach.